FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Auguste COLIN

Lauréat de l'Externat des Hôpitaux de Lille (1896)

Ancien Aide d'Anatomie de la Faculté libre de Lille

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris)

ÉTUDE

Sur les TUMEURS

d'Origine Sudoripare

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *professeur.*
LEPAGE, GAUCHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Auguste COLIN

Lauréat de l'Externat des Hôpitaux de Lille (1896)

Ancien Aide d'Anatomie de la Faculté libre de Lille

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris)

ÉTUDE

Sur les TUMEURS

d'Origine Sudoripare

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, *professeur.*
LEPAGE, GAUCHER, *agrégés.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHARRAIN.	LAUNOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEJARS.	THIERY.	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les hasards de la clinique nous mirent un jour, dans le service chirurgical de l'hôpital St-Joseph, en présence d'une femme qui, depuis 13 ans environ, portait une tumeur bosselée, irrégulière, faisant saillie dans le pli de l'aine et presque du volume d'un œuf de poule. Cette femme s'était déjà présentée à plusieurs consultations et jamais on n'avait pu lui donner un diagnostic ferme de sa maladie. Nous aussi, nous fûmes très embarrassé : nous songeâmes à une dilatation kystique des vaisseaux lymphatiques, à un lymphadénome, à un lymphosarcome, mais jamais nous ne fûmes pleinement satisfait du diagnostic porté, et nous attendîmes, pour être renseigné complètement, que la tumeur fût enlevée. Ce qui eut lieu le 10 juillet 1899. L'examen histologique démontra alors que cette tumeur était un cysto-adénome développé aux dépens des glandes sudoripares.

C'était la première fois qu'une tumeur de ce genre se présentait à nous. Ce fut pour nous l'occasion d'étudier la question des tumeurs des glandes sudoripares, et plus tard, quand l'heure vint de préparer une thèse inaugurale,

nous pensâmes qu'il serait assez intéressant de faire une étude d'ensemble de ce chapitre de pathologie un peu spéciale.

Nous ne nous bornâmes point à étudier la question des adénomes kystiques sudoripares, nous cherchâmes aussi les observations qui avaient été publiées, sur la transformation possible des glandes sudoripares, en adénomes et en épithéliomes, afin d'avoir une opinion ferme sur ce sujet. Mais nous fîmes ce travail surtout au point de vue histologique, car, au point de vue clinique, ces tumeurs ne présentent, soit dans les symptômes, soit dans l'évolution, rien de bien net, de bien caractéristique, qui puisse les différencier des tumeurs de la peau en général.

Après avoir, dans un premier chapitre, donné la structure des glandes sudoripares d'après les travaux de Ranvier sur les cellules myo-épithéliales, et exposé l'historique de la question un peu détaillé, nous consacrerons :

Le deuxième chapitre, aux adénomes sudoripares.

Le troisième chapitre, aux épithéliomes et carcinomes sudoripares.

Mais avant de commencer ce travail, nous avons un devoir bien doux à remplir.

Nous sommes heureux d'adresser nos meilleurs remerciements à tous nos maîtres de la Faculté libre de Lille dont nous avons pu apprécier la science profonde et le généreux dévouement. Nous remercions plus spécialement Messieurs les professeurs Duret, Augier, Desplats, Eustache et Derville, dans le service desquels nous avons eu l'honneur d'être externe ; Messieurs les professeurs Rogie

et Voituriez, qui nous ont initié à la science si difficile de l'anatomie et qui nous ont si puissamment aidé de leurs conseils pendant notre adjuvat d'anatomie.

Nous prions tous nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph où nous avons eu l'honneur de passer nos deux années d'internat, d'agréer le témoignage de notre profonde reconnaissance, et nous remercions particulièrement Messieurs les docteurs Le Bec, Leroux et Monnier, qui nous ont guidé avec tant de bonté et une si haute compétence dans la pratique médicale et chirurgicale. Leurs enseignements, comme leurs exemples, resteront gravés dans notre mémoire.

Monsieur le docteur Meslay, chef du laboratoire de l'hôpital St-Joseph, nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils pour la technique microscopique : qu'il veuille bien accepter ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Messieurs Letulle, professeur agrégé, et Darier, médecin des hôpitaux, ont bien voulu examiner les coupes de notre tumeur et nous donner quelques conseils, nous les remercions vivement.

A tous nos maîtres de la Faculté de Paris qui ont achevé notre instruction médicale, nous disons merci.

Nous apprécions hautement le grand honneur que nous fait Monsieur le professeur Fournier en voulant bien accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

I

ANATOMIE DES GLANDES SUDORIPARES

Les glandes sudoripares sont des glandes en tube, formées d'un tube étroit, allongé, dont une partie rectiligne représentant la partie excrétante s'ouvre à la surface de la peau, tandis que l'autre partie, contournée et pelotonnée sur elle-même, se trouve placée dans la partie profonde du derme et dans la couche conjonctive sous-cutanée. Cette dernière constitue le corps ou le glomérule de la glande sudoripare.

Leur mode de formation est facile à comprendre : au début « les glandes sudoripares sont représentées par une simple végétation tubuliforme de la couche profonde de l'épiderme ; ce tube s'allonge, traverse toute l'épaisseur du derme embryonnaire et, arrivé dans le tissu conjonctif sous-cutané, il se recourbe par son extrémité et s'enroule graduellement sur lui-même ; le glomérule ainsi formé arrive à figurer une masse sphérique de trois

dixièmes de millimètre de diamètre (jusqu'à un millimètre pour les glandes sudoripares du creux de l'aiselle). Ce glomérule est la partie sécrétante. »

La structure de la glande est variable suivant qu'on la considère dans sa partie sécrétante, ou dans sa partie excrétante.

1° Le tube sécréteur est un canal unique, tortueux, composé d'une enveloppe connective, d'une paroi propre, d'une couche de cellules myo-épithéliales et d'une couche de cellules épithéliales proprement dites. Ces dernières ont la forme d'une pyramide tronquée dont le sommet regarde la lumière glandulaire ; les granulations de leur protoplasme sont disposées en séries linéaires parallèles au grand axe des cellules et figurant des stries irrégulières. Quant aux cellules myo-épithéliales, leur existence et leur véritable origine n'ont été mises en évidence que depuis 1879 par Ranvier d'une part, et Hermann de l'autre. Avant cette époque, on pensait qu'il y avait des fibres musculaires lisses situées en dehors de la membrane propre ou basale, c'est-à-dire séparées de l'épithélium proprement dit par cette membrane ; ces fibres étaient donc considérées comme ayant une origine mésodermique.

Mais Ranvier et Hermann annoncèrent que ces fibres musculaires, dans les glandes sudoripares, sont en dedans de la membrane propre et font par suite partie du revêtement épithélial du tube glandulaire ; et il fut démontré que ces cellules épithéliales pouvaient se différencier de façon à former des éléments réellement contractiles.

Chez l'homme, ces cellules épithéliales n'existent que dans le glomérule ; « elles y forment (1) une rangée régulière et sont disposées obliquement par rapport à l'axe du tube ; elles ne sont pas contiguëes, c'est-à-dire qu'elles laissent entre elles des espaces au niveau desquels les bases des cellules épithéliales proprement dites viennent au contact de la membrane propre. Vues sur une coupe perpendiculaire à leur axe, elles figurent les séries régulièrement disposées de demi-cercles dont la convexité est tournée vers l'axe du tube glandulaire.

L'étude du développement des glandes sudoripares montre que tous les éléments cellulaires de ces glandes sont bien d'origine ectodermique et ont au début des caractères purement épithéliaux. C'est seulement lorsque l'extrémité profonde du tube glandulaire primitivement droit se recourbe et se pelotonne en glomérule, qu'on commence à voir les deux rangées de cellules épithéliales du tube se différencier, les internes en éléments glandulaires proprement dits, les externes en éléments musculaires. »

Ranvier a pu observer directement au microscope la contraction de ces fibres musculaires épithéliales, par exemple, en expérimentant sur la membrane nictitante (de la grenouille) excitée par un courant électrique. Toutes les parties de la glande ne se contractent pas en même temps, de sorte que, au lieu d'avoir un cylindre bien uniforme, on a des parties qui sont comme étranglées. Or, au niveau de cet étranglement qui est produit

(1) Mathias Duval. — Précis d'Histologie, 321.

par la contraction des fibres-cellules, on constate que la fibre-cellule correspondante est plus épaisse que ses voisines. C'est ainsi que les glandes sudoripares rejettent au dehors la sueur que le travail des cellules sécrétoires a accumulée dans leur intérieur.

Renaut, de Lyon, a observé lui aussi la contraction de ces cellules myo-épithéliales, qui expriment la glande comme une éponge, et leur disposition en spirale. Il a constaté en outre qu'elles se prolongent par un pied étalé à la surface de la membrane basale et qu'elles forment ainsi un revêtement continu qui sépare l'épithélium de cette membrane.

D'après certains auteurs, les cellules épithéliales proprement dites laisseraient entre elles des espaces canaliculés qui s'étendraient depuis la lumière centrale du tube sécréteur jusqu'à la membrane propre et correspondraient aux canalicules intercellulaires du foie et du pancréas.

Enfin, dans quelques glandes sudoripares, les cellules présenteraient à leur surface libre une bordure cuticulaire particulièrement développée dans les glandes sudoripares du conduit auditif externe.

2° Le tube excréteur comprend une portion dermique et une portion épidermique.

La portion dermique est constituée par une tunique fibreuse, une membrane propre, un revêtement épithélial constitué par deux rangées de petites cellules cubiques. Dans la portion épidermique, le tube perd sa tunique connective et sa membrane propre qui se continuent,

l'une avec le tissu conjonctif, l'autre avec la membrane basale du derme.

II

HISTORIQUE DES TUMEURS SUDORIPARES

La première classification que l'on ait donnée des tumeurs en général était simplement basée sur leur évolution clinique, et, de ce fait, on avait deux grands groupes : les tumeurs bénignes, bien localisées, ne gênant que par leur volume ou les troubles mécaniques qu'elles apportent au libre fonctionnement des organes ; et les tumeurs malignes, à développement rapide, produisant des ulcérations donnant lieu à des hémorrhagies, retentissant sur le système ganglionnaire voisin, récidivant sur place dans le cas d'ablation et se généralisant.

Dans cette classification, les tumeurs glandulaires de la peau, qui présentaient en général tous les caractères principaux des tumeurs bénignes, étaient comprises dans le premier groupe. Mais d'autres auteurs, au lieu de se borner à étudier les tumeurs simplement au lit du malade, se servirent du microscope et cherchèrent à concilier à la fois les données de l'anatomie pathologique et de la clinique. C'est ainsi que Laennec faisait rentrer les tumeurs glandulaires de la peau dans le groupe des tissus accidentels qui ont des analogues parmi les tissus natu-

rels de l'économie, que Cruveilher les plaçait dans la classe des tumeurs n'ayant pas de suc cancéreux, et que Lebert les comptait parmi ses tumeurs homologues.

A cette époque, les données de l'anatomie pathologique n'étaient pas suffisantes pour déterminer dans quelles proportions les organes glandulaires de la peau contribuaient à la formation de telle ou telle tumeur, ni, à plus forte raison, quelle part prenaient dans leur développement les glandes sébacées ou les glandes sudoripares. Et même, comme alors les idées de Virchow sur l'origine conjonctive des tumeurs étaient en grande faveur, la plupart des auteurs pensaient avec lui que les cellules épithéliales du cancer proviennent de cellules conjonctives transformées et n'accordaient ainsi aucune part aux glandes en général, dans la formation des tumeurs.

Cependant, vers 1845, Lebert avait entrevu que les glandes concourent aussi à la formation des masses épithéliales, qui constituent les cancroïdes. Quelques années plus tard, Fuhrer arrive à conclure par l'examen de quelques tumeurs épithéliales de la peau qu'il en existe plusieurs variétés et distingue notamment une forme papillaire, due à l'hypertrophie des bourgeons interpapillaires et une forme profonde ou acineuse, résultant du bourgeonnement des follicules pileux et des glandes. En même temps, Hannover crée le terme épithéliome en faisant rentrer dans cette classe toutes les tumeurs malignes, dont il reconnaît la nature épithéliale, que ces productions se développent dans la peau ou qu'elles siègent dans les muqueuses et sans préjudice

aucun de leur stade évolutif. Les tumeurs épithéliales de Lebert, les cancroïdes de Bennett, les cancers de l'intestin sont pour lui des épithéliomes.

En France, Robin, étudiant les hypertrophies glandulaires en général, trouve que, dans la lumière d'un canal glandulaire, une production exagérée de cellules épithéliales, peut dépasser les limites de la membrane propre et donner lieu à certaines tumeurs de la peau très graves.

En 1854, Remak crée le nom d'adénome pour désigner certains épithéliomes profonds, dont les bourgeons rappellent le mode de développement des glandes, et leur attribue comme origine probable les glandes sudoripares. En même temps, certains anatomo-pathologistes allemands, Foerster par exemple, admettent des carcinomes proprement dits et des carcinomes épithéliaux, ces derniers étant les cancroïdes ou épithéliomes qui en sont distincts.

La même année, Verneuil fait paraître dans les *Archives générales de médecine* ses remarquables recherches sur la pathologie des glandes sudoripares. Il reconnaît, avec Remak, qu'à côté des cancroïdes cutanés superficiels, dus au développement anormal des bourgeons interpapillaires, il en existe d'autres situés plus profondément, dus à une hypertrophie des glandes sudoripares et il en indique la pathogénie. D'après lui, au début, sous une influence inappréciable, il y a une prolifération intense de l'épithélium, avec formation de culs-de-sac glandulaires latéraux, de ramifications plus ou moins volumineuses sous forme de cylindres pleins ; ce stade correspond exactement à celui decrit

plus tard par Broca, sous le nom de polyadénaine. Puis le développement continuant à se faire, les cellules épithéliales pressent contre la paroi et s'il se trouve un point moins résistant, déchirent la membrane d'enveloppe pour se répandre dans le tissu du voisinage ; alors l'épithéliome est constitué, nous avons une tumeur maligne. Cette théorie explique bien comment certaines tumeurs, après être restées stationnaires pendant très longtemps, prennent tout à coup un développement rapide qui conduit bientôt à l'ulcération, à l'infection ganglionnaire avec tous les symptômes de la malignité. Mais cette théorie, répond-elle à la réalité des faits ? Les recherches de Robin et de Cornil l'ont démontrée vraie pour les tumeurs de l'utérus, celles de Waldeyer et de Malassez pour les tumeurs de la mamelle. Certains faits permettent également d'admettre la réalité de ce processus dans certaines lésions des glandes sudoripares.

Dans ce mémoire, Verneuil décrit trois variétés d'altérations des glandes sudoripares produisant des tumeurs de la peau :

1° L'hypertrophie kystique, c'est-à-dire la dilatation des tubes avec production de liquide dans leur cavité.

2° L'hypertrophie générale dans laquelle on constate à la fois l'augmentation de calibre des tubes, la formation d'éléments glandulaires nouveaux et une production concommittante très abondante de l'épithélium intérieur.

3° L'hypertrophie avec mélange ou infiltration de cellules d'épiderme cutané, variété qui se rapproche beaucoup des productions dites cancroïdes ou hypertrophies épidémiques.

Et cet auteur, à l'appui de sa thèse, cite un certain nombre d'observations dont nous aurons l'occasion de parler dans le cours de notre travail.

En 1865, Thiersch, sous la dénomination de cancers épithéliaux, n'envisage que les tumeurs développées aux dépens de la peau, de la muqueuse buccale et de celle des organes génitaux. Il signale la part active que prennent quelquefois les glandes sudoripares au développement du cancroïde de la peau. Il a fait notamment dessiner une coupe où l'on voit ces glandes dilatées, poussant des prolongements qui s'anastomosent et se transforment en cylindres épithéliaux par effacement de leur lumière centrale avec disparition de leur membrane propre. Il s'agit en somme d'un épithéliome tubulé.

D'après lui, à l'état pathologique aussi bien que dans le développement fœtal, les tissus épithéliaux ne sauraient provenir que d'un épithélium préexistant, et il rejette leur formation, soit aux dépens d'un blastème, soit aux dépens d'un tissu conjonctif, c'est toujours d'une formation de cellules épithéliales provenant du réseau de Malpighi ou des glandes que les cancroïdes cutanés tireraient leur origine ; les éléments du tissu conjonctif n'y prendraient aucune part, et les affirmations de Virchow et de ses élèves seraient des erreurs d'observation.

Si, sur des coupes, on peut voir des îlots de cellules épithéliales isolées au milieu du tissu conjonctif, cela tiendrait, soit à ce que le sens de la section ne permet pas de voir la connexion de cette partie avec la masse épithéliale d'où elle émane, soit à ce que des boyaux

formés de cellules et se prolongeant dans la trame, se seraient étranglées et isolées.

La même année, dans le *Journal d'Anatomie et de Physiologie*, Cornil publie l'analyse histologique d'une tumeur ulcérée des bourses ; il n'a pu trouver la part prise par les glandes sudoripares au développement de cette tumeur, mais il a pu voir dans ce cas une forme d'hypertrophie des glandes sudoripares avec multiplication de leur épithélium et son passage à l'état pavimenteux et graisseux.

L'année suivante, Cornil et Ranvier vérifient complètement sur une tumeur le mode de développement du cancroïde cutané aux dépens des glandes sudoripares. Nous aurons l'occasion de donner cette observation dans le cours de ce travail.

Les idées de Verneuil eurent une grande influence pour l'interprétation de la constitution histologique de quelques tumeurs de la peau et souvent les auteurs attribuèrent faussement une origine sudoripare, soit à des cancroïdes ordinaires dans lesquels le microscope avait décelé la structure de l'épithélioma lobulé à globes épidermiques vulgaire, soit à la maladie dite acné sébacée partielle.

Tel est probablement le cas de Molinier qui présente une tumeur restée 40 ans stationnaire, dont l'analyse histologique trouve les glandes axillaires dissociées et hypertrophiées, et un nodule d'épithélioma profond avec globes épidermiques.

La tumeur de Le Teinturier et Leroy était formée d'aréoles sans paroi, remplies d'épithélium polygonal

au milieu duquel se trouvaient de nombreux globes épidermiques ; l'origine sudoripare dans ce cas est assez douteuse.

Et il en est probablement de même des observations de Thierfelder, de Lotzbeck et des Hoggan.

Cependant on rencontre dans la littérature médicale quelques exemples de tumeurs épithéliales d'origine très probablement sudoripare. Telles sont les tumeurs observées par Hénocque et Souchon, par Christot, par Chandelux, par Verneuil et son chef de clinique Verchère, en 1885, par Gambier, par Liénaux. Telle est aussi la nouvelle forme d'épithélioma adénoïde sudoripare, désignée par Besnier sous le nom d'hydradénomes éruptifs.

En 1889, M. Darier fait paraître, dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, un travail sur l'épithétiome des glandes sudoripares. Après avoir fait un historique de la question, auquel d'ailleurs nous avons fait de très larges emprunts, il examine les caractères assignés aux épithéliomes d'origine sudoripare et conclut qu'il n'y a pas un type unique d'épithéliome sudoripare, ayant un aspect clinique toujours le même et une structure histologique unique. Enfin, il termine en donnant l'observation d'une tumeur d'origine sudoripare qui mérite le nom d'épithéliome infiltré ou diffus.

Nous n'insistons pas sur ces différentes observations, car nous aurons l'occasion d'en parler dans le cours de notre travail.

CHAPITRE II

I

ADÉNOMES SUDORIPARES

Il n'est pas de question qui soit enveloppée d'une obscurité plus profonde que celle des adénomes en général. On ne s'entend ni sur les tumeurs qui doivent rentrer dans le groupe des adénomes, ni sur la place que ce groupe doit occuper dans la classification générale, et même certains auteurs ne considèrent le genre adénome que comme provisoire et créé pour l'étude actuelle de tumeurs vraisemblablement diverses. Nous nous contenterons d'exposer les principales opinions données à ce sujet, et nous ajouterons les quelques observations se rapportant à ce que l'on est convenu d'appeler les adénomes sudoripares.

C'est Remak qui créa le nom d'adénomes pour désigner certains épithéliomes profonds dont les bourgeons rappellent le mode de développement des glandes.

Ces tumeurs glandulaires furent étudiées tout d'abord dans les glandes volumineuses, dans la mamelle et dans

la parotide. Mais l'observation montra ensuite que des tumeurs tout-à-fait semblables pouvaient avoir leur siège dans des glandes beaucoup plus petites, dans la glande lacrymale, dans les glandes palatines et même dans les glandes labiales. Puis on reconnut qu'un grand nombre de tumeurs de la peau consistaient en un amas de glandes sébacées ou sudoripares ayant subi une altération semblable à celle que subissent les éléments glandulaires dans les adénomes de la mamelle et de la parotide. Et dès lors, on étudia ces tumeurs dans toutes les glandes.

Lebert leur donne le nom d'hypertrophies glandulaires.

Broca, dans le Dictionnaire Dechambre, définit les adénomes « des productions accidentelles homœomorphes et homologues dont les éléments antogènes ou essentiels sont des tubes ou des culs-de-sac glandulaires », et les divise en deux catégories : 1° les adénomes uniglandulaires ou monoadénomes ; 2° les adénomes multiglandulaires ou polyadénomes.

D'après Virchow, Cornil et Ranvier, Labbé et Coyne, les adénomes sont des fibromes ou sarcomes, parce que le tissu conjonctif prend parfois un tel développement que l'hypertrophie glandulaire semble accessoire. Ainsi une tumeur conjonctive (fibrome, sarcome) se développe primitivement dans le tissu périacineux et cette prolifération interstitielle entraîne une prolifération en même temps qu'une élongation et une déformation des culs-de-sac ; de là les cavités irrégulières, tapissées d'épithélium, qu'on appelle kystes lacunaires.

Cornil et Ranvier, en faveur de cette théorie, apportent

un argument basé sur la loi des récidives : lorsqu'on enlève une de ces tumeurs et que la récidive survient, c'est toujours, disent-ils, sous la forme de fibrome. Par conséquent c'est la partie fibreuse qui est l'élément actif. Si la tumeur primitive contenait des éléments épithéliaux, ceux-ci n'avaient qu'une importance secondaire : leur hypertrophie était purement réactionnelle et consécutive à l'hypergénèse du tissu conjonctif.

Pour Quénu, les adénomes sont des tumeurs formées de tissus glandulaires; néanmoins il ne nie pas que le tissu conjonctif puisse avoir une certaine influence dans le développement de ces tumeurs : « Peut-être, dit-il, faut-il considérer de tels néoplasmes comme résultant d'une cause qui primitivement a exercé une action simultanée sur les deux tissus conjonctif et épithélial, comme de véritables tumeurs mixtes en un mot, constituant une espèce spéciale, et pouvant évoluer suivant des circonstances indéterminées vers le type épithélial et vers le type conjonctif. »

D'après Pierre Delbet, toute tumeur constituée par l'hypertrophie et la néoformation de culs-de-sac ou d'acini glandulaires est un adénome, mais, pour lui, ce n'est pas un néoplasme vrai, mais un produit inflammatoire. Et il se base pour appuyer sa théorie sur les deux faits suivants :

a) Dans presque tous les organes, les adénomes sont associés à des lésions inflammatoires;

b) Dans presque tous les organes, on trouve des formes de transition entre les lésions les plus nettement inflam-

matoiros et les formations les plus nettement adénomateuses.

Pour Darier, les adénomes sont des néoformations épithéliales bénignes, à point de départ glandulaire, dont les éléments reproduisent plus ou moins exactement la texture des glandes dont ils proviennent.

« Il (1) y a dit-il, dans cette définition plusieurs termes dont les auteurs apprécient diversement l'importance relative. C'est ainsi que les cliniciens particulièrement veulent que la bénignité soit le caractère principal des adénomes et seraient portés à faire rentrer dans ce groupe toutes les tumeurs épithéliales à développement lent et dépourvues de tendance à l'ulcération et à la généralisation. Pour quelques anatomo-pathologistes, le type du genre adénome est l'hypertrophie glandulaire pure, l'accroissement de volume d'une glande avec conservation de la fonction sécrétoire qui lui est propre. — Pour d'autres l'hypertrophie glandulaire n'est pas l'adénome : dans ce dernier, il y aurait nécessairement une prolifération atypique des cellules, avec perte de leur fonction spéciale par conséquent.

En présence d'un tel désaccord dans la définition des adénomes en général, on ne sera pas surpris de constater que les cas publiés sous la rubrique : adénomes de la peau, forment un ensemble assez disparate. Une analyse critique des observations permet cependant de remarquer qu'il est possible de ranger les différents types en une série continue; celle-ci commence aux hyperplasies glandulaires

(1) *La pratique dermatologique*, 1900. — Voir adénomes.

simples et aboutit à des épithéliomes bien caractérisés, en passant par des adénomes atypiques, des tumeurs kystiques sébacées ou sudoripares, des épithéliomes à dégénérescence calcaire ou hyaline, etc. »

Si on résume cet historique, on trouve quatre théories principales sur la nature du genre adénome : pour Verneuil et Broca, l'adénome est une hypertrophie régulière des éléments glandulaires; pour Cornil et Ranvier, c'est une tumeur conjonctive; pour Pierre Delbet, c'est un produit inflammatoire, et pour Darier, Besnier et beaucoup d'auteurs contemporains, c'est l'épithéliome typique, c'est le premier stade de l'épithéliome dit métatypique et atypique.

En présence de cette divergence d'idées, il nous est bien difficile de nous prononcer définitivement : cependant la théorie de Darier semblerait mieux répondre que les autres aux données de l'anatomie pathologique. Néanmoins, nous accordons une certaine influence à la prolifération conjonctive dans le développement de ces tumeurs, et, en particulier pour les tumeurs sudoripares qui nous occupent spécialement, nous avons constaté que beauconp d'adénomes sudoripares étaient des tumeurs mixtes dans lesquelles tous les éléments épithéliaux et conjonctifs avaient proliféré et souvent même d'une façon trés irrégulière.

Ceux qui admettent les adénomes comme formant un groupe spécial dans la classification des tumeurs, leur assignent les caractères suivants : 1° la régularité de l'orientation cellulaire dans la direction de la lumière de la glande ; 2° le petit nombre de couches cellulaires (une ou

deux) qui constituent le revêtement épithélial, 3° la limitation bien nette de ce revêtement épithélial; en dehors par la membrane basale, en dedans par la ligne continue et régulière des cellules contiguës à la lumière du tube; 4° la lumière glandulaire pure, nettement limitée, et dans la majorité des cas, vide de tout coagulum formé de débris cellulaires.

Il est bien rare de rencontrer une tumeur à laquelle on puisse assigner tous ces caractères d'une façon complète et sur tous ses points, tandis qu'au contraire les formes intermédiaires entre les adénomes et les épithéliones glandulaires sont très communs. Cependant, sur les frontières d'épithéliomes ou de carcinomes glandulaires lorsque ceux-ci s'étendent par transformation, il n'est pas rare de rencontrer une zone où la prolifération néoplasique en est à la phase transitoire d'adénome.

D'après les observations que nous avons recueillies sur les adénomes sudoripares, il semblerait qu'ils pourraient évoluer de deux façons différentes : soit vers la forme kystique soit vers la forme épithéliomateuse. La première forme serait due probablement à une prolifération concommitante d'éléments épithéliaux et conjonctifs et n'aurait que très peu de tendance à se transformer en tumeur maligne. Dans la seconde forme, les éléments conjonctifs sont peu développés, il y a prédominance de prolifération épithéliale. Nous étudierons donc :

1° Les adénomes kystiques sudoripares;

2° Les adéno-épithéliomes sudoripares.

ADÉNOMES KYSTIQUES SUDORIPARES

Les adénomes kystiques des glandes sudoripares peuvent se présenter sous deux formes principales au point de vue clinique : tantôt ce sont de petites tumeurs abondantes, disséminées sur certaines régions du corps et en particulier sur la face, le cou et la poitrine, du volume d'une tête d'épingle à un pois ; tantôt c'est une tumeur unique, globuleuse, fluctuante, pouvant acquérir le volume d'une noix. Nous avons donc la forme disséminée et la forme circonscrite.

Ces affections ne présentent pas de symptômes bien nets, bien caractéristiques ; aussi, pour les étudier, est-il préférable d'avoir recours aux observations qui ont été publiées à ce sujet.

Forme disséminée. — Verneuil, le premier, parle des kystes multiples et forts petits formés par les glandes sudoripares ; « ce sont de petites élevures, molles, fluctuantes, sans changement de coloration de la peau qui est amincie à leur niveau. » Leur mode de formation est plus difficile à comprendre que dans les acini des glandes en grappe et que surtout dans les follicules clos. Néanmoins il est probable qu'à un moment donné l'épithélium grandulaire, pour une cause inappréciable, se multiplie et prolifère ; la masse qu'il constitue détermine une sorte de bouchon qui rend imperméable la lumière du conduit

sudoripare, et comme la glande secrète toujours du liquide, ce liquide ne peut que distendre la paroi glandulaire ; mais, en vertu de la loi des compensations, la paroi glandulaire s'hypertrophie pour résister à cette distension et d'amorphe qu'elle était à l'état normal, elle devient fibroïde et subit un épaississement notable.

Deux particularités anatomiques paraissent favoriser le travail pathologique; d'abord l'enroulement, les flexuosités des tubes sudoripares, et puis l'hypertrophie du tissu cellulaire, ordinairement très lache, qui réunit entre elles les circonvolutions glandulaires.

En 1874, Allan Jamieson présente l'observation d'un homme de 45 ans ayant sur la surface du corps des kystes multiples de la peau : ce sont de petites tumeurs indolentes, dures, rénitentes ou un peu fluctantes, sans point noirâtre indiquant un orifice glandulaire. L'examen histologique n'a pas pu être fait. L'auteur considère ce fait comme un exemple de kystes multiples nés aux dépens des glandes de la peau, sébacées ou plutôt sudoripares.

Il est probable qu'il faut rapporter à cette forme l'affection cutanée décrite par Perry, affection à développement fort lent, occupant les lèvres, le sillon nasogénien et la partie adjacente de la joue, la racine du nez, le front, le cuir chevelu et caractérisée par des groupes de papules pâles et incolores, laissant écouler par la pression après piqûre une petite quantité de liquide clair? Au microscope, les glandes sébacées étaient indemnes, et les glomérules des glandes sudoripares extrêmement augmentés de volume.

Le contenu de ces kystes est ordinairement séreux ; sa composition est à peu de chose près celle de la sueur elle-même, avec des cellules épithéliales dégénérées et plus ou moins altérées. Cependant Dubreuilh et Auché citent le cas d'un homme de 76 ans présentant des kystes sudoripares à contenu purement graisseux. Les tumeurs étaient abondantes, surtout aux aisselles. Leur paroi était très mince, avec un revêtement épithélial formé de deux ou trois rangées de cellules aplaties, mais non kératinisées. Les auteurs ont trouvé tous les intermédiaires depuis l'état normal jusqu'au kyste formé par la fusion de toutes les anses dilatées d'un glomérule.

Il n'est pas étonnant que l'on ait publié peu de cas se rapportant à cette forme disséminée des adénomes sudoripares : en effet, l'affection elle-même est très rare, le diagnostic est difficile à faire, et les inconvénients déterminés par la présence de ces kystes ne sont ordinairement pas suffisants pour amener le chirurgien à les enlever ; et même lorsque ces tumeurs sont enlevées, l'examen histologique n'est pas toujours fait. On comprendra ainsi que nous n'ayons trouvé que peu d'observations de ce genre.

Forme circonscrite. — Mais les kystes sudoripares peuvent aussi se présenter sous la forme d'une tumeur unique, globuleuse, et c'est précisément un cas de ce genre qui a été l'occasion pour nous de faire ce travail sur les tumeurs des glandes sudoripares.

Nous ne connaissons jusqu'à ce jour que le cas publié par Verneuil, celui publié par Gambier et le nôtre : nous allons les exposer.

OBSERVATION I

Verneuil. — Kystes multiples dus à la dilatation des glandes sudoripares. — *Mémoires de la Société de biologie 1853.*

Un homme, de 40 ans environ, porte à la région supérieure du cou une tumeur du volume d'une grosse amande. Elle est située au-dessous et un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, sur la face externe du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, plu. haut et plus en arrière que le bord postérieur de la parotide Peu mobile, quoique indépendante du squelette, cette tumeur est molasse, sans fluctuation manifeste. Le toucher y reconnait des bosselures, et elle offre la consistance de certaines productions vasculaires veineuses. La peau qui la recouvre est mobile et peut être soulevée en pli: elle n'offre, du reste, aucune altération de couleur ni de consistance, et on n'aperçoit à sa surface aucun pertuis. La tumeur n'est point réductible à la pression et ne présente pas de battements; elle s'est développée lentement sans cause connue; elle n'a jamais été douloureuse, mais elle s'accroît, et le malade désire en être débarrassé...

M. Follin procède à l'ablation... Les adhérences assez fortes de cette masse rendent l'énucléation impossible. On est obligé de disséquer toute sa circonférence, et le bistouri ouvre ainsi successivement plusieurs poches d'où s'échappe un liquide clair, ténu...

Je procède immédiatement à l'examen de cette production. Deux petits kystes étaient restés intacts au milieu de la masse; à un faible grossissement, ils se présentent sous la forme de vésicules translucides munis d'une paroi bien distincte et assez épaisse. Une pression entre deux plaques de verre fait crever ces poches d'où s'écoule un liquide semblable à celui qui remplissait les poches plus volumineuses. Ce liquide, examiné à un grossissement de 500 diamètres environ, renferme une grande quantité de cellules épithéliales libres; ce sont des cellules d'épithélium pavimenteuses très bien conservées, à parois

claires et munies d'un noyau bien caractéristique. On voit de plus nager un grand nombre d'épithéliums nucléaires pâles, réguliers, arrondis ou à peine polygonaux. Ces éléments sont mélangés d'une assez notable proportion de globules sanguins et de quelques rares corpuscules granuleux.

Indépendamment de ces éléments flottants, on voit : 1° Des plaques plus ou moins étendues en forme de membranes et constituées, celles-ci, par des couches d'épithéliums nucléaires d'une parfaite régularité, rendues polygonales par la pression réciproque de leurs bords, et en tout semblables aux noyaux flottants décrits plus haut : ces epithéliums ne sont points stratifiés; ils forment une couche unique. 2° Des plaques tout à fait semblables sont formées par des cellules complètes d'épithélium pavimenteuses à bords irréguliers par pression réciproque, mais qui pourraient également servir de type de cet élément anatomique; ces cellules sont assez variables en volume, presque aucune d'elles n'atteint le diamètre des cellules pigmentaires, et elles ne présentent pas traces de granulations graisseuses...

Il s'agissait donc évidemment dans ce cas d'un kyste ayant pour point de départ une glande. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce genre de lésions ne laissent dans mon esprit aucun doute; mais cela n'est pas tout, et il faut déterminer le véritable point de départ. La dilatation kystique siège-t-elle dans quelques granulations écartées de la parotide? Je ne le pense pas. D'abord, à cause du siège et de l'indépendance de la tumeur, puis par les caractères de l'épithélium nucléaire, qui diffère notablement de celui qui tapisse des culs-de-saé de la glande salivaire. Avons-nous affaire à une dilatation des follicules sébacées de la peau, mais la masse est bien évidemment sous le derme, elle est formée de plusieurs poches, remplies d'un liquide aqueux entièrement dépourvu de graisse.

Par élimination, nous arrivons à une opinion qui est pour nous presque une certitude. Les glandes sudorifères de la peau sont le siège d'une dilatation kystique...

OBSERVATION II

Thèse de Gambier 1878. — Contribution à l'étude des Tumeurs cutanées d'origine sudoripare.

Une femme, 45 ans, entrait à l'hospice de Poitiers le 12 avril 1875. Elle présentait une tumeur grosse comme une noix, située derrière la branche du maxillaire inférieur ; cette tumeur survint sans cause, la malade ne peut en préciser le début. La tumeur s'accrut lentement, occasionnant un peu de gêne, absolument indolente, un peu fluctuante, irrégulière, bosselée.

M. Jallet, chirurgien de l'hospice général, fit l'opération : une incision fut faite suivant l'axe de la tumeur, la peau disséquée avec soin ; en allant ainsi couches par couches, il arriva sur une surface membraneuse distendue par un liquide qui lui donnait une couleur bleu foncé ressemblant à une veine distendue par du sang.

Etait-ce une tumeur vasculaire? Mais elle ne présentait pas de battements isochrones au pouls ; les mouvements respiratoires n'influaient en rien sur son volume, le liquide n'était aucunement réductible. Ce diagnostic se trouvait donc éliminé. On essaya d'énucléer la tumeur, mais les adhérences nombreuses qu'elle contractait avec la peau rendirent cette opération impossible et le bistouri ouvrit plusieurs cavités renfermant un liquide qui fut recueilli pour être soumis à l'examen. La membrane d'enveloppe de ce kyste étant très adhérente, il fut impossible de la séparer complètement du derme ; la partie qui formait le fond de la tumeur fut enlevée très facilement. Ne voulant laisser aucune chance de récidive à ce kyste, on introduisit par la plaie une mèche de charpie pour déterminer la suppuration des portions restantes du sac ; un appareil très simple fut ensuite appliqué.

Le liquide examiné au microscope est clair, transparent, légèrement filant; il renferme des cellules d'épithélium pavimenteux, les unes en plaques, les autres libres. On y voit de plus des noyaux libres et des globules sanguins.

Les parties solides examinées furent reconnues pour du tissu cellulaire, au milieu des éléments duquel on voit des tubes provenant des glandes sudoripares.

OBSERVATION PERSONNELLE

La nommée Pauline C...., chapelière, âgée de 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 1er juillet 1899 pour une tumeur du pli de l'aine droite.

Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien de spécial se rapportant au sujet qui nous occupe. Son père et sa mère sont morts tous les deux de pneumonie, le premier à l'âge de 75 ans, la seconde à l'âge de 48 ans. Ses trois sœurs ont une bonne santé; l'une d'elle cependant a été opérée d'un fibrome utérin, ce qui l'a quelque peu affaiblie.

Mariée à l'âge de 23 ans, elle n'a qu'un enfant âgé de 19 ans, dont la santé est excellente.

Comme antécédents personnels, nous ne relevons que quelques indispositions, et, alors que la malade n'était âgée que de 18 mois, une chute qui détermine une luxation de la hanche gauche, luxation non réduite qui fait boîter la malade.

La malade nous raconte qu'il y a environ 13 ans, elle remarque la présence, dans le pli de l'aine droite, d'une petite tumeur pas plus grosse qu'une noisette, faisant légèrement saillie sur la peau, indolore, assez mobile, mais sans rouler sous le doigt, souple à la pression, et de même coloration que la peau. Un médecin consulté ordonne des frictions avec une pommade iodée; mais, malgré ce traitement persévérant, la tumeur ne disparaît point; elle reste à peu près stationnaire.

Environ six mois après, il se développe subitement au même endroit, une tumeur de la grosseur d'une noix, souple elle aussi, faisant saillie sur la peau, mais non réductible à la pression et ne présentant pas de battements. La malade attribue la formation de cette tumeur à un effort assez violent qu'elle fit à ce moment-là. Le médecin appelé croit à une hernie ; il essaye la réduction par le taxis, mais en vain ; et il ordonne à la malade de porter un bandage, afin de comprimer cette grosseur.

La malade suit pendant quelques temps les conseils du médecin, mais des douleurs surviennent, intenses, déterminées par la pression de la pelote ; ce qui nécessite l'enlèvement du bandage, et la malade continue à vaquer à ses occupations.

Cet état dure une dizaine d'années ; le plus ordinairement, la malade ne souffre pas de sa tumeur ; à peine éprouve-t-elle un peu de gêne dans la marche ; mais au moment des règles, il y a une tension douloureuse de toute la région qui empêche tout travail.

Il y a deux ans environ, il se forme sur la partie superficielle de la tumeur, une zône bleuâtre, grande comme une pièce d'argent de vingt centimes, dont les parois s'amincissent, et par laquelle la tumeur paraît plus souple et même fluctuante. Peu à peu, cette partie fait saillie au dessus de la surface de la tumeur et bombe en forme de noisette. A certains moments, cette tumeur superficielle devient comme turgescente, et provoque des douleurs tellement intenses que la moindre pression est impossible et que la malade ne peut pas même supporter le poids des couvertures quand elle est couchée. Puis une petite érosion paraît à la surface et il s'écoule par cet orifice un liquide plus ou moins abondant, tantôt seulement aqueux, presque incolore ou légèrement citrin, tantôt un peu rosé, comme mélangé d'eau et de sang ; et ce dernier cas se présente surtout au moment des époques ; mais le liquide n'est jamais blanchâtre, lactescent. Par suite de l'écoulement du liquide, la tumeur s'affaisse plus ou moins, la douleur disparaît au bout

de quelques minutes, et les choses restent ainsi stationnaires jusqu'à ce que le liquide se soit de nouveau accumulé dans la poche. Ordinairement, au bout de deux ou trois jours, la tumeur a repris son volume ordinaire.

L'écoulement est tres irrégulier : la poche se vide tantôt au bout de 8 jours, tantôt au bout d'un mois et même davantage. Au moment où nous voyons la malade, il y a trois mois qu'il n'y a pas eu d'écoulement.

C'est de cette façon que se sont formées toutes les petites saillies dont l'ensemble constitue la tumeur.

Dans le voisinage, il se formait de temps à autre des zônes étendues d'œdème, soit du côté de la vulve et de la grande lèvre droite, soit dant toute la cuisse droite dont la circonférence arrivait quelquefois à mesurer sept centimètre de plus que celle de la cuisse gauche. La marche était alors très pénible.

Les douleurs que le malade éprouvait dans cette région, survenaient quelquefois brusquement; alors c'étaient des douleurs intenses, occupant toute la cuisse droite, mais ne dépassant jamais le genou. Souvent ces douleurs étaient suivies de démangeaisons intenses, et les compresses d'eau très chaude appliquées sur la cuisse étaient le seul moyen de les calmer.

Il y a dix-huit mois environ, la tumeur devint brusquement rougeâtre, enflammée, avec douleurs lancinantes et sans autre cause appréciable qu'un peu de surmenage; la malade ne fit aucun traitement local; elle cessa simplement tout travail, et l'état congestif disparut au bout de quelques jours.

Au moment où nous voyons la malade, voici ce que nous constatons :

Dans le pli de l'aine droite, il existe une tumeur, adhérente à la peau, longue de 10 centimètres et large de 4 dans sa plus grande dimension, dont l'extrémité supérieure correspond à peu près à la partie moyenne de l'arcade fémorale, de forme assez irrégulière, composée de deux parties séparées par un sillon, l'une supérieure correspondant à l'abdomen et d'apparence

kystique, l'autre inférieure correspondant à la cuisse et de consistance plutôt fibreuse.

La partie supérieure est formée de trois lobes échelonnés dans le sens de l'arcade fémorale.

Le lobe moyen, le plus gros des trois, est arrondi, nettement fluctuant, indolore comme toute la tumeur, et présentant par endroits une teinte bleuâtre, violacée. Il existe sur ce lobe comme une bosselure faisant légèrement saillie, à parois plus minces et à bords indurés. On dirait que le liquide intérieur presse contre la paroi et fait bomber la partie où la paroi est mois épaisse.

Le lobe supérieur a la forme de la moitié d'un ovoïde, à base dirigée du côté de la vulve et rattachée à la partie moyenne de la tumeur et à la région inguinale par une large surface d'implantation; c'est une tumeur fluctuante avec quelques points indurés.

Le lobe inférieur forme un demi-ovoïde, à grosse extrémité dirigée en haut et à droite, de consistance très dure, de couleur rosée, et présentant une légère base d'implantation, soit sur la peau de la région, soit sur la base de la tumeur elle-même, de sorte qu'il est presque pédiculisé.

Au-dessous de ces trois lobes qui constituent la partie supérieure et la portion principale de la tumeur, nous avons la partie inférieure, qui semble n'être qu'une exagération des plis de la peau; ces plis sont alors séparés par un sillon plus ou moins profond. Assez hypertrophiés dans leur partie moyenne, ils diminuent insensiblement de hauteur à mesure qu'on se rapproche des extrémités; ils présentent des scissures perpendiculaires à leur direction, ce qui leur donne un aspect dentelé. Leur consistance est très dure et leur coloration celle de la peau normale. A certains points on trouve de petites tumeurs, plus ou moins grosses, presque pédiculisées, très dures et de couleur rosée.

Entre les deux portions de la tumeur, on voit, quand on relève avec la main les lobes supérieurs, un sillon profond violacé, avec une petite végétation au milieu.

La tumeur paraît adhérer au pubis et à l'arcade fémorale ; mais en réalité, il n'en est rien. Cette apparence est due à ce fait que la tumeur envoie des prolongements assez profonds qui, sans présenter de connexions intimes avec les parties avoisinantes, lui assurent néanmoins une sorte d'immobilisation.

En palpant profondément l'abdomen au-dessus de l'arcade fémorale, on sent une petite masse indurée dont on ne peut guère déterminer la forme et les connexions, et qui, étant donné sa situation, est prise pour un ou plusieurs ganglions iliaques. Mais en réalité c'est un prolongement profond de la tumeur qui s'avance de 3 centimètres environ seus l'arcade fémorale.

On sent de même une induration profonde dans toute la partie interne et inférieure de la tumeur du côté de la cuisse.

L'état général de la malade est excellent. Quoique d'apparence assez chétive, elle est rarement indisposée. Les bruits du cœur sont normaux, bien frappés ; pas de palpitations. Rien de spécial dans la poitrine : respiration régulière, murmure vésiculaire bien entendu partout, aucun symptôme de maladie aiguë ou chronique. Appétit excellent, un peu de lenteur dans la digestion, constipation assez prononcée. Dans les urines, ni sucre. ni albumine.

Opération. — L'opération a été faite le 10 juillet 1899, par M. le docteur Le Bec, c'est-à-dire dix jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Dans ces dix jours, il n'y a pas eu d'écoulement de la tumeur, ni de douleurs plus prononcées.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, on limite le champ opératoire au moyen de compresses. Le chirurgien fait sa ligne d'incision à deux centimètres et demi de la base de la tumeur. La dissection de cette surface d'implantation de la tumeur est très longue et très difficile ; car il y a des parties très adhérentes et, à certains endroits, il est difficile de savoir où s'arrête la tumeur. Enfin la partie superficielle est enlevée ; mais la partie profonde est très enclavée, elle s'avance même vers la veine fémorale où elle est immobile.

L'opérateur est obligé de pratiquer une double ligature et de réséquer la veine ; ce qui permet de faire avec moins de danger la dissection des parties profondes. En sectionnant les adhérences du côté de l'abdomen, il s'échappe subitement un peu de liquide séreux par une ouverture faite au bistouri : on croit à une perforation de la vessie, mais le catéthérisme montre que l'organe est intact. C'était une ouverture pratiquée dans le péritoine, qui avait livré passage à une petite quantité de liquide ascitique. On fait la suture du péritoine. Enfin toutes les parties de la tumeur sont enlevées ; les vaisseaux sont liés. Comme la peau de la région paraît très tiraillée par le rapprochement des bords de la plaie. on fait de l'autoplastie. Crins de Florence, deux gros drains — Pansement.

Le pansement est fait tous les jours suivants ; l'écoulement est très abondant, et on remarque que les compresses sont teintées de rouge vermeil à certains endroits.

Le 20 juillet, on enlève les drains et les fils.

Le 1er août, il reste encore une petite cavité profonde de 1 centimètre et demi, du diamètre d'une pièce de 1 franc, dont les parois sont bourgeonnantes. On met un peu d'onguent styrax pour activer le bourgeonnement et la cicatrisation.

La malade ne se ressent nullement de la résection de la veine fémorale ; aucun œdème n'apparaît après l'opération, ce qui indique bien que la circulation veinense du membre était parfaitement rétablie par les nombreuses veines superficielles ainsi que par les collatérales profondes.

Cependant, à la fin du mois de septembre, il se produit un œdème très prononcé de tout le membre inférieur droit, œdème qui augmente lorsque la malade marche. A notre avis, il n'a rien à voir avec la résection de la veine fémorale ; il est plutôt dû, croyons-nous, à la rétraction cicatricielle de la plaie qui comprime assez fortement les vaisseaux du pli de l'aine.

Au moment où nous faisons notre travail, la malade est complétement guérie ; pas de récidive de la tumeur. Il reste seule-

ment un peu d'œdème du membre inférieur droit, quand la malade se fatigue trop.

Etude macroscopique de la tumeur. — Le lobe moyen de la tumeur supérieure a été perforé ; il s'échappe un liquide séreux dont on n'a pas pu faire l'analyse. On pratique une coupe par le milieu, et on remarque que la paroi est dure, dermique, d'épaisseur variable, tapissée par une membrane peu adhérente qui se plisse quand on comprime un morceau de la paroi. Ce lobe nous présente deux cavités ; l'une correspondant à la partie moyenne de la tumeur, avec des anfractuosités, des replis de la paroi interne, et l'autre correspondant à la bosselure abdominale dont la paroi cutanée est très mince. La section ayant intéressé la paroi séparant les deux poches, nous ne savons pas si elles communiquaient entre elles.

Le lobe inférieur est tout entier constitué par un tissu fibreux très dur ; à peine voit-on au centre de la coupe une légère dépression faisant partie de la grande cavité du lobe moyen.

Le lobe supérieur est tout entier constitué par un kyste à parois très minces.

Dans la portion inférieure de la tumeur, on rencontre la même disposition ; seulement les kystes sont beaucoup plus petits, moins nombreux, et à parois fibreuses plus épaisses.

L'ensemble de la tumeur est supporté par une masse plus dure, toujours fibreuse, dans laquelle on ne rencontre presque plus de kystes.

Examen miacroscopique. — La pièce a été fixée par l'alcool au 1/3, puis à 90° et les morceaux choisis en des points très différents de la tumeur ont été inclus dans la celloïdine ou la paraffine, pour être coupés soit au microtome de Yung, soit à celui de Dumaige ; la coloration a été faite à l'hématoxyline-éosine ou au picro-carmin de Orth ; montage au baume. L'examen des coupes a été fait soit à un faible grossissement oculaire 2 et objectif 2 et 4 de Dumaige, soit à un fort grossissement 6 de Dumaige et 8 de Vérick.

1re Coupe. — Elle comprend une portion prise à la superficie de la tumeur (peau et tissus sous-jacents) ; au faible grossissement on voit qu'elle est bordée par le revêtement épidermique normal, au-dessous duquel se dessine le derme fibreux et manifestement enflammmé, car on y voit des traînées ou des amas de cellules leucocytiques autour de vaisseaux embryonnaires. Dans cette partie superficielle se voient également deux ou trois follicules pileux avec des glandes sébacées normales, bien développées. Au dessous de ce derme le reste de la coupe est occupé par du tissu fibreux, franchement coloré en rouge par l'éosine, fasciculé, avec de nombreux vaisseaux dont les uns ont une paroi musculaire et dont la plupart sont réduits à une paroi embryonnaire : beaucoup de ces derniers se montrent entourés d'îlots plus ou moins étendus de cellules embryonnaires. Par places, ce tissu fibreux fasciculé qui constitue évidemment le substratum de la pièce se dissocie en fébrilles ténues, écartées les unes des autres, et, en ces points, la coupe, avec ces fébrilles dénouées et ces cellules variables (allongées, rondes ou polygonales) a bien l'aspect décrit dans les fibromes mous ou infiltrés. En d'autres points de ce tissu de soutènement, les fibrilles se condensent les unes auprès des autres, et, en ces points, les noyaux très allongés, flexueux, parallèlement disposés, démontrent la présence des fibres musculaires lisses en faisceaux épars au milieu du tissu fibreux. Ajoutons enfin la présence de petits îlots de cellules adipeuses au milieu de cette fibrose.

Ce qui fait la caractéristique de la coupe, c'est le développement anormal des glandes sudoripares. Celles-ci commencent à apparaître au-dessous du derme, à quelque distance des glandes sébacées, normales en ces points. Elles se montrent avec leur aspect à peu près normal, sous forme de lobules cerclés d'une gangue fibreuse qui s'infiltre dans l'intervalle de la section des tubes sous la forme de tissu fibreux dissocié, avec des vaisseaux sanguins réduits à une membrane embryonnaire. La section des tubes présente un aspect à peu près nor-

mal : ronde, oblongue ou en *s* suivant les hasards de la coupe. La paroi de chaque tube est tapissée par un épithélium à cellules cylindriques, régulièrement disposées : la lumière de ces glandes est déjà un peu plus large qu'à l'état normal : on croirait avoir affaire à la couche de glandes spéciales que l'on rencontre dans l'aiselle.

Si on déplace la coupe vers la profondeur, on voit immédiatement commencer le développement kystique de ces glandes. Dans un îlot d'apparence lobulaire les coupes de tubes sont moins nombreuses au milieu du tissu fibreux dissocié et légèrement enflammé; on dirait que plusieurs tubes sont devenus coalescents. La section de ces petites formations kystiques est ordinairement très régulière, ronde ou ovalaire; quelques-unes cependant ont une forme un peu moins simple et présentent des bords policycliques. La lumière est occupée par une substance d'apparence mucoïde qui se colore simplement par l'éosine, avec quelques noyaux épais, sauf près des bords où se voient quelques cellules desquammées de forme polygonale ou ronde. La paroi de ces kystes est toujours tapissée du même épithélium cylindrique absolument semblable à celui des glandes sudoripares normales. Ces détails se voient particulièrement bien sur les coupes à la paraffine avec le plus fort grossissement.

Plus on s'enfonce dans la profondeur de la coupe et plus on voit se dessiner cette dilatation kystique progressive, de sorte que, sur cette seule préparation, il est possible de suivre tous les degrés depuis la glande sudoripare normale jusqu'aux dilatations les plus volumineuses de cette coupe dont la lumière se voit à l'œil nu et peut atteindre jusqu'à un millimètre et demi de diamètre. La plupart de ces dilatations, comme nous l'avons dit, ont une forme régulière, arrondie, mais on en voit d'autres dont les parois fibreuses toujours revêtues du même épithélium cylindrique poussent de gros prolongements déchiquetés, papillaires, jamais bien fins, de sorte que la comparaison qui

vient à l'esprit est absolument la coupe d'un kyste lacunaire d'un fibrome végétant du sein.

Deuxième coupe. — Sur une coupe prise également sous la peau, non plus au centre mais à la périphérie de la tumeur, cette disposition plus ou moins dentelée de la paroi se voit très bien et, en plus, il est à noter que sur cette coupe, le tissu fibreux qui constitue les grosses papilles de ces kystes est infiltré à l'extrême de cellules embryonnaires ou allongées; il se fait là, au niveau de ces kystes dentelés, une prolifération cellulaire qu'on ne rencontre en aucun autre point des coupes; d'ailleurs, en parcourant ces deux séries de préparations, il est impossible de découvrir une végétation excentrique de l'épithélium de revêtement; celui-ci reste toujours bien nettement limité à une seule couche de cellules cylindriques à noyaux bien visibles.

Troisième coupe. — Sur cette coupe prise en un point intermédiaire, mais toujours à la périphérie, on retrouve une disposition tout à fait analogue, à savoir : épiderme, derme fibreux et infiltré, glandes cébacées normales, et glandes sudoripares progressivement dilatées jusqu'à la formation de gros kystes. Cette coupe présente en un point un kyste rempli d'une substance colorée en rose par l'éosine avec quelques noyaux épars dont la surface est à peu près de la largeur d'une lentille. L'épithélium de bordure de ce gros kyste est comme aplati par le contenu et présente une bordure de noyaux beaucoup moins élevés que sur les kystes vides.

Quatrième coupe. — Cette coupe, prise à la partie profonde de la tumeur, porte sur un point où le processus est en pleine activité: on y voit un tissu fibreux adulte avec quelques ilôts de cellules adipeuses, puis des dilatations kystiques de volume absolument variable. Ce qu'on remarque surtout, c'est la présence d'une végétation cellulaire très intense autour de tous ces kystes; il se fait là de gros amas de cellules polygonales ou allongées, tassées les unes contre les autres, qui montrent une végétation très active du tissu conjonctif.

Cinquième coupe. — Cette coupe porte sur une saillie mamelonnée, formant excroissance à la surface de la tumeur et renfermant quatre petits kystes en son centre. On y voit la bordure cutanée, puis tout le reste de la coupe est occupé par un tissu fibreux extrêmement dense au milieu duquel on distingue des vaisseaux à paroi peu épaisse, entourés de cellules embryonnaires ; puis on y voit la coupe des kystes dont deux sont vides tandis que, dans le troisième, il s'est fait une hémorrhagie : la lumière en est occupée par des globules rouges. L'épithélium de revêtement de ces kystes est représenté par une bordure de noyaux cubiques sur une rangée double ou triple.

Sixième coupe. — Cette coupe porte sur la paroi de deux larges kystes qui faisaient saillie à la surface de la tumeur ; la plus volumineuse de ces poches présente un centimètre et demi de diamètre ; la plus petite a la largeur d'une lentille. Sur cette coupe, on voit toujours les mêmes lésions. Le long de la lumière du kyste se dessine une bordure de cellules cubiques, ou plus ou moins aplaties comme si l'épithélium ordinaire avait été repoussé excentriquement et diminué de hauteur par le contenu.

Septième coupe. — C'est la coupe d'un petit appendice superficiel de la tumeur, de forme oblongue : elle ne présente rien de particulier.

En résumé, les différentes coupes que nous avons examinées nous permettent de conclure. Au dessous de la peau dont les éléments sont normaux, à part une légère inflammation dans les glandes sébacées, et ne présentent rien de particulier, on voit tout d'abord des glandes sudoripares bien nettes, plus nombreuses que ne le comporte l'histologie de la région, avec une lumière un peu élargie ; on dirait comme nous l'avons exprimé plus haut, la couche des glandes sudoripares spéciales à l'aisselle ; puis au fur et à mesure qu'on s'enfonce dans la profondeur de la tumeur, on voit ces glandes s'élargir en cavités kystiques présentant toujours le même épithélium, kystes dont la forme reste ronde ou ovoïde pour les plus petits

tandis que d'autres plus larges, plus longs, prennent absolument l'aspect déchiqueté que l'on rencontre dans les kystes lacunaires végétants de la mamelle. Sur aucun point de nos coupes nous n'avons vu les cellules épithéliales de revêtement proliférer excentriquement; par contre, autour des grands kystes déchiquetés, le tissu fibreux présente une multiplication cellulaire qui marque une activité conjonctive toute spéciale. Tel est le processus actif qui s'observe dans les portions d'envahissement, c'est-à-dire de profondeur de la tumeur. A la périphérie, au contraire, au niveau des mamelons kystiques superficiels, il se fait un processus de fibrose régressive absolument inverse : on ne trouve plus que du tissu fibreux tout-à-fait adulte sans aucune végétation cellulaire.

De tout ce qui précède, on peut conclure au diagnostic histologique : cysto-adénome ou fibro-adénome végétant développé aux dépens des glandes sudoripares.

Ces différentes observations des adénomes kystiques des glandes sudoripares, forme disséminée et forme circonscrite, nous montrent qu'il n'y a pas seulement alors rétention de liquide par suite d'un obstacle opposé à la libre circulation de la sueur à l'intérieur des tubes glandulaires, mais qu'il y a en même temps un travail de prolifération épithéliale et conjonctive, de sorte que la tumeur qui semblait être au début une tumeur simple, devient une tumeur composée d'éléments épithéliaux et conjonctifs, avec formations kystiques.

Si nous ne plaçons pas cette catégorie de tumeurs, soit dans les tumeurs épithéliales, soit dans les tumeurs conjonctives, et si nous en faisons une classe à part, c'est que l'élément kyste domine toute la scène, surtout au point de vue clinique,

ADÉNO-ÉPITHÉLIOMES SUDORIPARES

Les adéno-épithéliomes forment une classe dont les caractères ne sont pas bien définis au point de vue anatomo-pathologique, car, dans cette catégorie, on trouvera des tumeurs qui rappelle à peu près complètement la structure des glandes normales, à côté d'autres tumeurs dont les éléments épithéliaux auront une disposition atypique à peu près semblable à celle des épithéliomes proprement dits. Cependant nous croyons qu'il est préférable de donner cette appellation à ce groupe de tumeurs, car nous indiquons mieux par là leur évolution, c'est-à-dire la transformation qui est susceptible de se faire d'une façon générale, mais qui ne se fait pas nécessairement, des adéno-épithéliomes en épithéliomes proprement dits. D'ailleurs pourquoi leur donner le nom d'adénomes, puisque, comme nous l'avons déjà dit, il est tout-à-fait exceptionnel de rencontrer dans une tumeur tous les caractères assignés aux adénomes purs, tandis qu'au contraire presque toutes ces tumeurs appelées adénomes proprement dits présentent certaines parties en voie de transformation et rappellant de près ou de loin la constitution de l'épithéliome ?

A notre avis, ce qu'on est convenu d'appeler adénome, ce n'est autre chose que le premier stade d'une tumeur qui peut évoluer soit vers la formation kystique, comme nos kystes sudoripares, soit vers la forme fibreuse, comme les adénomes de la mamelle, soit vers la forme épithéliomateuse. Mais ce premier stade d'adénome pur est de peu de durée, la tumeur évolue rapidement dans l'un ou l'autre sens. Ce n'est pas à dire cependant que, dans la troisième forme, la transformation se fasse rapidement et complètement ; non, mais les éléments prolifèrent à certains endroits, pendant qu'ils restent stationnaires à d'autres, et cette prolifération, qui a tout d'abord une disposition régulière, change peu à peu de caractère ; l'épithélium se dissocie pour arriver progressivement à la structure de l'épithélioma type. Mais avant d'y arriver, il y a un état intermédiaire de la tumeur, qui peut d'ailleurs durer très longtemps, et que nous avons voulu classer ; c'est dans la catégorie des adéno-épithéliomes que nous ferons rentrer toutes les tumeurs présentant ces caractères anatomo-pathologiques.

Les glandes sudoripares peuvent contribuer, comme tous les éléments épithéliaux, à former des adéno-épithéliomes ; nous avons réuni un certain nombre d'observations venant à l'appui de ce que nous venons d'énoncer.

1. *Archives générales de Médecine.*

1854 — Tome II

Verneuil. — Tumeur ulcérée de la peau ayant pour base les glandes sudoripares hypertrophiées.

Dans la région temporale gauche, au-dessous de l'ex-

trémité externe du sourcil, existait une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, ulcération qu'on a enlevée.

En faisant un grand nombre de préparations, j'ai pu sans difficulté, saisir tous les degrés de ces formations singulières ; ainsi on voit un tube volumineux surmonté d'une ou de plusieurs bosselures simples et sessiles, qui lui donnent l'aspect variqueux ; ailleurs l'appendice est plus isolé et évidemment tubuleux : plus loin les végétations sont multiples, et dans un degré très avancé, il semble que l'on ait sous les yeux un lobule entier d'une glande en grappe.

On s'explique sans peine dès lors les déviations considérables qu'a subies le type anatomique normal. Ces appendices de nouvelle formation se continuent ordinairement très largement et sans ligne de démarcation avec le tube générateur ; mais parfois il existe un rétrécissement plus ou moins marqué entre l'ancien élément glandulaire et la végétation nouvelle, ce qui, joint à la friabilité considérable des lésions pathologiques, explique comment on voit flotter libres dans la préparation un bon nombre de culs-de-sac en forme de dés à coudre, ou plus ou moins pédiculisés. — On trouve ces culs-de-sacs en si grand nombre qu'on ne peut admettre qu'ils soient constitués par la terminaison normale en cœcum des glandes de la peau.

Les bifurcations assez fréquentes que nous avons observées dans le cas actuel, ne peuvent également s'interpréter que par le développement très considérable de quelques-unes de ces productions glandulaires de nou-

velle formation, car on ne les observe presque jamais dans les glandes à l'état normal.

II. — *Archives générales de Médecine.*
1854 — Tome II

Tumeur de la lèvre supérieure formée par l'hypertrophie de glandes sudoripares

A l'examen microscopique, les tubes sont plus ou moins flexueux, énormément hypertrophiés, bifurqués en certains points, et chargés de bosselures, d'appendices digitiformes ; le tout est rempli par un épithélium très délicat et très élégamment disposé.

III. — HÉNOCQUE ET SOUCHON (*Gazette hebdomadaire 1866*)

Chez un homme de 34 ans, on enlève une tumeur située dans le dos, et dont le début remontait à 8 ans auparavant.

L'évolution fut lente au début, plus rapide ensuite ; la tumeur était mobile sous la peau, enkystée par du tissu conjonctif qui pénétrait dans son intérieur et la divisait en lobes et lobules. Dans ces derniers, on trouvait un aspect de glande en grappe à conduits excréteurs tubulés, tortueux, renflés ou ramifiés, et ailleurs l'apparence de glandes en tubes ramifiées dont les canaux étaient tout aussi irréguliers et variqueux. Le tissu conjonctif se condensait en une fine enveloppe fibroïde autour de tous ces acinis et canaux qui contenaient un épithélium polygonal et quelques globes épidermiques. La marche clinique, la

disposition tubulée des masses épithéliales, rappelant les figures données par Verneuil, firent porter le diagnostic d'adénome sudoripare.

IV. — CHRISTOT *(Gazette hebdomadaire 1866).*

Polyadénome sudoripare, enlevé par Christot.

La tumeur était située dans le dos, chez une femme de 33 ans. La tumeur resta stationnaire très longtemps, puis augmenta dans les dernières années, et s'ulcéra profondément. A l'examen, on trouva dans les ilôts délimités par des cloisons fibreuses, une matière blanche d'apparence caséeuse, composée au microscope de canaux contournés, irréguliers, et munis de diverticules. Leur paroi était incomplète et semblait rompue sur certains points, d'où l'épithélium se répandait dans la trame conjonctive.

V. — CHANDELUX (1)

Tubercule sous-cutané douloureux.

C'était une tumeur de la grosseur d'un pois, ayant débuté six ans auparavant et située sur l'avant-bras d'une femme de 43 ans ; la tumeur était sous-cutanée et n'adhérait à la peau que par un cordon du volume d'une épingle. Sur des coupes on la trouva constituée par une agglomération de cordons cellulaires enroulés et pelotonnés, plus ou moins bosselés. Chaque cordon était entouré d'une membrane propre, mince, homogène, sur laquelle venait s'implanter les cellules les plus externes. En quelques points, on apercevait une lumière centrale.

(1) Des tubercules sous-cutanés douloureux. (*Archives de physiologie* tome XIV 1882, fasc. 5 et planche 14, cas B.)

Dans le voisinage, quelques glomérules sudoripares étaient hypertrophiés et contenaient des accumulations d'épithélium analogue à celui de la tumeur. Verneuil et Broca auraient intitulé cette tumeur : polyadénome sudoripare. Pour Darier, c'est un épithéliome adénoïde ou adéno-épithéliome d'origine sudoripare.

VI. Jacquet et Darier (1)

Hydradénomes éruptifs ou Epithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares ou adénomes sudoripares.

Un cas d'éruption papulo-tuberculeuse de la peau, à marche et évolution très lentes, impossible à classer nosologiquement dans l'état actuel de nos connaissances comme en témoignaient les diagnostics nombreux et divers proposés pour ce malade.

S... 26 ans. Pas de syphilis. A dix-huit ans, il remarqua sous les clavicules une dizaine de boutons rouges, gros comme de très petits pois. Pas de douleurs, aucun prurit. Depuis multiplication lente et continue.

En 1866, les lésions sont exclusivement localisées à la région antérieure du tronc et à la face interne des membres supérieurs.

Ce sont de petites saillies rosées, très appréciables au doigt, mais peu dures, peu infiltrées dans le derme, de la dimension d'une tête d'épingle à un pois ; l'épiderme qui les recouvre est brillant, finement plissé ; pas de desquammation, pas d'orifice à leur surface.

Le traitement par l'iodure de potassium ne donne rien. Examen histologique par Monsieur Darier.

(1) Jacquet et Darier — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* 1887.

Au milieu du tissu conjonctif du derme, on voit à un faible grossissement, un grand nombre de tractus épithéliaux de forme à peu près cylindrique, ramifiés en tous sens, et ayant en moyenne le diamètre d'un tube sudoripare.

Presque tous ces tractus épithéliaux offrent des dilatations globuleuses comparables à première vue à des globes épidermiques, et qui ne sont autre chose que des petits kystes contenant des blocs d'une matière amorphe et réfringente.

Le siège de ces productions épithéliales est exclusivement intradermique ; on n'en voit pas s'étendre jusque dans l'hypoderme, et d'autre part, elles paraissent respecter le corps papillaire.

En étudiant les préparations avec un grossissement de 300 à 400 diamètres, on reconnait que ces boyaux sont infiltrés dans les interstices du tissu conjonctif et qu'ils ne sont pas renfermés dans une membrane limitante. Parfois, ils s'amincissent, s'effilent en quelque sorte, pour pénétrer entre des faisceaux plus serrés. Ils sont composés de cellules polygonales, quelquefois plus ou moins allongées, pressées les unes contre les autres et qui ont manifestement les caractères des cellules épithéliales. Dans quelques-uns de ces tractus, on trouve un arrangement plus régulier des cellules, le long des parois, et comme dans ce cas, il semble exister une lumière au centre du boyau, il en résulte un aspect qui rappelle absolument celui d'un tube glandulaire. On croit, d'autres fois, apercevoir nettement un canal au centre d'un boyau, mais en y regardant plus attentivement, on voit que

cette apparence est due à ce que l'une des cellules épithéliales renferme un globule d'une substance réfringente. Quand plusieurs cellules ainsi dégénérées se trouvent les unes à côté des autres, on assiste à la formation des kystes que nous avons mentionnés et qui sont en nombre considérable sur chaque coupe.

Ces kystes sont en rapport avec les boyaux cellulaires dont ils représentent un point dilaté...

Le tissu conjonctif est épaissi et très dense au niveau de l'infiltration néoplasique. Il faut remarquer que l'on ne trouve dans ce tissu que des éléments adultes et aucune accumulation de cellules embryonnaires autour des productions morbides, aucune altération des vaisseaux indiquant une réaction inflammatoire actuelle de sa part.

Quelle est, d'après ces données, la nature de la lésion qui nous occupe? La présence de ces bourgeons épithéliaux irrégulièrement infiltrés dans le tissu dermique suffit à faire naître l'idée d'un épithélioma, et dans l'espèce épithélioma tubulé : tel est en effet et de toute évidence le groupe histologique dans lequel rentre notre tumeur. Cependant en considération de la disposition si manifeste du tissu épithélial sous forme de tubes glandulaires, en raison de la localisation et de la multiplicité des tumeurs, de l'absence de tout envahissement à tendance destructive, de toute malignité, en d'autres termes, nous avons crû devoir ajouter un terme au terme épithélioma, lequel éveille généralement l'idée de malignité, et nous pensons que l'appellation qui serait le mieux ici à sa place est celle d'épithélioma adénoïde ou adénome des auteurs.

La différence que nous croyons pouvoir établir entre nos tumeurs sudoripares et l'épithélioma tubulé, réside dans ce fait que les cellules des glandes sudoripares qui ont proliféré ont gardé une tendance à se disposer en revêtement dans les tubes, et d'autre part à dégénérer sur place. En y joignant la sclérose conjonctive, on aura des caractères histologiques qui expliquent la bénignité que nos tumeurs ont présentées cliniquement.

ANALYSE D'UNE TUMEUR PAR M. LIÉNAUX (1)

« Cette tumeur dont on ignore l'ancienneté, avait le volume d'un œuf, siégeait sur le dos d'un chien, était adhérente à la peau et mobile avec elle. Sur la coupe elle apparaissait enveloppée d'une coque conjonctive qui, envoyant des cloisons dans son intérieur, la divisait en lobules de 1 à 3 millimètres de diamètre. Ces lobules avaient une structure glandulaire, étaient constitués par des tubes enroulés, parmi lesquels on en remarquait un ou deux principaux auxquels les autres se rattachaient comme des branches à un tronc. La structure des tubes principaux était absolument celle des canaux excréteurs des glandes sudoripares : une enveloppe conjonctive et une membrane propre, sur laquelle s'implantait un épithélium presque toujours composé de deux couches et limité sur sa face interne par une cuticule épaisse et réfringente. Dans les branches collatérales la structure était analogue, mais souvent la lumière et la cuticule faisaient défaut, les cellules épithéliales remplissant toute

(1) Liénaux. *Annales de médecine vétérinaire*, Avril 1888.

la cavité ; ces cylindres épithéliaux pleins sont comparés par l'auteur à des glandes en voie de développement. Quelques tubes étaient moniliformes, parfois anastomasés, dans quelques-uns se voyaient des globes épidermiques. Ce dernier fait indique bien que l'épithélium glandulaire était profondément modifié, qu'après être revenu à l'état embryonnaire, il avait subi l'évolution cornée qui n'appartient normalement qu'à l'épiderme superficiel. C'est donc bien là un exemple d'épithéliome adénoïde. »

Comme on vient de le voir, les glandes sudoripares peuvent proliférer, de façon à constituer des tumeurs intermédiaires entre la glande normale et l'épithéliome type. Cet état peut durer très longtemps, car suivant la théorie de Remak et Verneuil, les cellules se développent d'abord dans l'intérieur de la glande, constituant une tumeur considérée comme bénigne, jusqu'à ce que la membrane propre des tubes glandulaires se déchire et que les éléments nouveaux s'infiltrent dans les tissus voisins. Mais la résistance est quelquefois considérable, car il s'ajoute un élément inflammatoire, d'origine irritative, qui fait proliférer les éléments conjonctifs entourant la glande, de sorte qu'ils arrivent à former une barrière qui peut rester impénétrable pour les éléments épithéliaux ; de là ces tumeurs arrêtées dans leur développement, qui néanmoins avaient une tendance à la malignité. Mais souvent la barrière conjonctive cède, soit par suite du faible développement des éléments conjonctifs, soit par suite d'une activité spéciale des éléments épithéliaux, et ces derniers s'infiltrent dans les tissus voisins, dissocient les fibres conjonctives, poussent des

prolongements et arrivent jusqu'aux vaisseaux lymphatiques portant l'infection jusqu'aux ganglions correspondants, alors l'épithéliome est constitué.

CHAPITRE III

ÉPITHÉLIOMES ET CARCINOMES SUDORIPARES

L'épithéliome et le carcinome sont des tumeurs d'origine épithéliale. La question de l'origine du cancer fut très discutée ; longtemps on admit avec Virchow que, dans le cancer le contenu des alvéoles comme leurs parois provenaient des cellules du tissu conjonctif. Mais les travaux de Waldeyer contribuèrent beaucoup à renverser cette doctrine et à faire triompher celle de l'origine épithéliale du cancer.

La démonstration de l'origine épithéliale du cancer consiste principalement à faire voir que les tumeurs décrites sous le nom de carcinomes alvéolaires ne sont que des épithéliomes diffus, et que sur une même pièce, on peut retrouver toutes les transitions entre une néoformation bien nettement épithéliale simulant même l'adénome, et les formes les plus typiques du carcinome. Les exemples n'en sont pas rares à la mamelle, mais ils sont aussi nets dans les autres parenchymes.

Il résulte donc que le carcinome n'a réellement rien de spécifique et qu'il n'est séparé des épithéliomes proprement dits par aucun caractère absolu et tranché.

L'origine épithéliale des cancers étant démontrée, on devait rechercher quelle part pouvaient prendre les glandes sudoripares à leur développement ; nous ne reviendrons pas sur l'historique de cette question que nous avons fait au début ; disons seulement que l'analyse microscopique démontre la participation des glandes sudoripares au développement des épithéliomes de la peau ; ces glandes concourent à leur formation, mais sans leur imprimer une évolution clinique spéciale.

D'après Cornil et Ranvier, lorsque les épithéliomas tubulés siègent dans la peau, leur développement a toujours lieu aux dépens des glandes sudoripares. Cette interprétation est trop exclusive,« car (1) il existe des exemples d'épithéliome tubulé et de formes mixtes, à la fois tubulées et lobulées, dont l'origine est évidemment dans les glandes sébacées. Souvent on voit des cylindres épithéliaux plus ou moins longs, ramifiés et anastomosés, en rapport direct avec des lobules qui ne sont certainement pas de provenance sudoripare ; on en trouve même, par exemple, sur les figures qui accompagnent la mémoire de Balzer et qui représentent un adénome sébacé.

Dans un épithéliome tubulé typique, que j'ai eu l'occasion d'étudier l'été dernier, je me suis attaché à déterminer, autant que possible, le point de départ de la prolifération épithéliale en examinant des séries de coupes perpendiculaires et de coupes parallèles à la surface. Il s'agissait, il est vrai, d'une tumeur récidivée à la suite d'une première opération ; mais j'ai pu constater que, dans la zone d'envahissement, les glandes sudoripares restaient étrangères au processus néoplasique. Les cylin-

(1) Darier, *loc. cit.*

dres épithéliaux se formaient manifestement aux dépens des prolongements interpapillaires du corps muqueux et de la gaine épithéliale des poils. Babinski a publié un cas semblable dans lequel il a vu également, de la façon la plus nette, des boyaux d'épithéliome tubulé partir du corps muqueux, tandis que les glandes sudoripares restaient normales. »

Il n'en est pas moins vrai que la plupart des épithéliomes tubulés sont d'origine sudoripare ; nous donnons ici deux observations qui montrent manifestement la transformation de ces glandes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cornil et Ranvier. — *Journal d'Anatomie et de Physiologie. 1866.*
Cancroïde du pied développé aux dépens des glandes sudoripares. — Amputation de la jambe. — Guérison.

Dorigny Jean, âgé de 35 ans, teneur de livres, entre le 25 avril 1865 dans le service de M. le professeur Gosselin, d'où il est sorti guéri le 28 juillet. Il fait remonter à 3 ans le début de ses tumeurs.

Sur la jambe, au-dessus de la malléole externe et sur la peau du pied, existent des ulcérations à bords calleux dans quelques points, fougueux dans d'autres, très vascularisés. Le fond des ulcères est pulpeux, fougueux; un stylet introduit dans ces ulcères y pénètre assez profondément, de telle sorte qu'on aurait pu les prendre pour des ulcères scrofuleux ayant pour point de départ des altérations de tissu osseux. Au niveau des orteils ils revêtaient le caractère serpigineux, et toute la peau du gros orteil était envahie par l'ulcération bourgeonnante. Au niveau de la malléole externe se trouvait une ulcération circulaire de l'étendue d'une pièce de 5 francs, à bords saillants et fongueux.

Après l'amputation de la jambe au lieu d'élection, faite le 30 mai, les sections pratiquées sur ces ulcères montrent à leurs bords et à leur base un tissu blanchâtre, semi transparent, peu vasculaire, granuleux, offrant à l'œil nu les caractères des pro-

ductions épithéliales, c'est-à-dire des grumeaux grisâtres, cohérents, et l'absence de suc laiteux.

L'examen microscopique a confirmé cette opinion et révélé de plus leur mode de développement. A l'état frais, on observe par le raclage de la surface de section des cellules pavimenteuses très volumineuses munies d'un petit noyau, libres ou agglomérées en masses sphériques.

Après le durcissement de la pièce dans l'acide chromique et sur des coupes comprenant à la fois les parties saines et les portions malades, on peut suivre pas à pas les modifications que subissent les éléments normaux pour arriver à donner les lobules caractéristiques du cancroïde qu'on trouve au centre de l'ulcération. La peau s'épaissit progressivement à mesure qu'on l'étudie plus près du bourrelet qui limite l'ulcération. Cet épaississement est causé par l'hypertrophie des papilles; celles-ci deviennent plus longues, se ramifient, et le corps muqueux se prolonge dans les interstices plus longs qui les séparent, mais en restant toujours bien limité à sa partie profonde Au-dessous des papilles, on trouve le derme normal. Mais dans les couches inférieures du derme, au niveau des glomérules des glandes sudoripores se passent les modifications les plus intéressantes du fait que nous relatons. A la place des glomérules des glandes ou autour de tubes conservés normaux, on rencontre un réseau anastomotique de cylindres épithéliaux droits, ondulés, très variables dans leur configuration générale, mais ayant tous à peu de chose près, le même diamètre de 0 m 06 à 0 m, 1.

Dans cette couche, à côté de sections de tubes complètement normaux, c'est-à-dire possédant une membrane d'enveloppe hyaline et épaisse revêtue d'un épithélium pariétial et montrant une lumière centrale, on en trouve d'autres où la membrane a disparu et dont la lumière est comblée. Ceux-ci présentent des cellules pavimenteuses beaucoup plus grandes et mieux accusées que les noyaux et petites cellules des glandes normales. En outre ces cellules n'ont plus de disposition

régulière par rapport à la paroi. Sur certaines préparations bien réussies qui comprenaient un tube dans sa longueur, nous avons vu le passage progressif de la structure normale à celle que nous venons de signaler. Ainsi les productions épithéliales disposées sous forme de cylindres anastomosés résultaient de la disparition de la membrane propre des glandes sudoripares et de l'hypergénèse excessive de leur épithélium transformé en grandes cellules pavimenteuses. Il y avait aussi une multiplication très abondante des éléments du tissu conjonctif autour des masses épithéliales,

Au niveau de l'ulcération, on ne retrouve plus ni papilles, ni derme, rien qui rappelle la structure de la peau, mais seulement des lobules arrondis, plus ou moins étendus. Ceux-ci sont constitués à leur centre par de grandes cellules pavimenteuses disposées le plus souvent sous forme concentrique, et à leur périphérie par de petites cellules pavimenteuses semblables à celles du corps muqueux de Malpighi. Il est évident, par cette disposition des lobules, que les cellules périphériques sont les plus jeunes, et que les plus vieilles s'accumulent au centre. Ces lobules sont séparés les uns des autres par un tissu conjonctif mince et des vaisseaux.

C'est au niveau des bourrelets qui bordent l'ulcération qu'on assiste aux modifications des cylindres épithéliaux décrits plus haut pour former les lobules précédents. Ces tubes, en effet, se renflent de distance en distance, à mesure que leur épithélium s'accumule et s'hypertrophie, de telle sorte qu'à la place de cylindres on voit des figures irrégulières qui finissent par s'isoler apres être devenues sphériques.

Cette tumeur, dont la marche et l'extension ont été assez rapides, s'est développée aux dépens des glandes sudoripares. Les parties anciennes présentaient la structure du cancroïde, c'est-à-dire des ilôts arrondis constitués par des cellules pavimenteuses cohérentes, petites à la périphérie, grandes et disposées en globes à leur centre ; les portions nouvellement formées montraient tous les intermédiaires entre cette structure

et le début des altérations des glandes sudoripares. Ces altérations consistaient dans une multiplication avec hypertrophie de leur épithélium, oblitération de leur lumière centrale, dilatation irrégulière des tubes, disparition de leur membrane propre et bourgeonnement des masses épithéliales sous forme de cylindres pleins. Ces cylindres épithéliaux anastomosés les uns avec les autres, présentant les formes les plus variées dans leur configuration, rappellent la disposition décrite par M. le professeur Robin dans les tumeurs hétéradéniques de la troisième variété, et celles que l'un de nous a observées dans le col utérin. D'après cette observation et un assez grand nombre d'autres qui nous sont personnelles ou qui ont été publiées par MM. Verneuil et Thiersch, nous sommes disposés à croire que la disposition de l'épithélium en cylindres anastomosés dans les tumeurs de la peau a toujours pour origine les glandes sudoripares. De telle sorte que toutes les fois qu'on rencontrera cette disposition, on devra rechercher, dans les glandes sudoripares, le point de départ de la néoformation.

OBSERVATION II

(Verchère) *Gazette Médicale* de Paris, 7 février 1885

Epithélioma Sudoripare

F....., Henri, 63 ans, typographe, entré à la Pitié le 20 novembre 1884. Maigre, sec, arthritique...

Il entre pour une tumeur de la lèvre, ne s'occupant pas, l'ayant depuis très longtemps, de celle qu'il porte au niveau de la tempe du côté gauche.

Cette dernière débuta, il y a vingt-cinq ans, à la suite d'une coupure de rasoir, elle a actuellement les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont réguliers et présentent une légère épidermisation. Pas de phénomèmes inflammatoires, pas de ganglions engorgés; aucune douleur. On a affaire

à l'épithélioma sudoripare, à l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier avec tous ses caractères.

La tumeur de la lèvre est plus considérable. Elle est constituée par une plaque dure, formant de gros mamelons sous la peau et la muqueuse, présentant une sorte de lobulation perceptible au toucher; la peau est intacte, non ulcérée. Le bord libre de la lèvre est normal. Rien à la commissure, la tumeur ne fait saillie qu'en dedans et en dehors. A la face profonde, légère ulcération irrégulière, rouge, de peu d'étendue.

Cette irrégularité, la présence de ces petites saillies arrondies, la localisation en dehors du bord libre de la lèvre, font penser à une polyadénome des glandes labiales.

L'épithélioma commun débute généralement par le bord libre, l'ulcération est plus étendue et n'a point l'aspect que nous avons décrit; enfin les ganglions sont engorgés, tandis que, chez notre malade, il était impossible de trouver trace d'induration ganglionnaire

La tumeur avait débuté il y a quatre mois et s'était accrue lentement sans déterminer la moindre douleur.

L'épithélioma de la tempe avait eu, suivant le malade, pour point de départ une incision au rasoir, peut-être à celui de la lèvre pourrait-on aussi attribuer une cause mécanique; il existe en arrière de la tumeur deux incisives irrégulières, qui forment une sorte de promontoire ayant pu, dans les mouvements répétés des lèvres, donner lieu à une irritation chronique de celles-ci; c'est à ce niveau exactement que s'est faite l'ulcération.

La marche relativement lente de la tumeur, l'absence de ganglions, la nature du néoplasme, tout fait espérer qu'une opération radicale pourra guérir complètement ou tout au moins ne sera suivie que tardivement d'une récidive que l'on pourrait poursuivre par une nouvelle opération.

Le 29 novembre, ablation de la tumeur temporale, qui, au microscope est reconnue pour de l'épithélisma sudoripare, puis dans la même séance ablation de la lèvre. Points de suture qui

amènent la réunion par première intention, sauf à la partie inférieure, où les fils des ligatures d'artères faisaient l'office de drain.

Le malade sort le 16 décembre 1884 sans avoir présenté d'accident. La note suivante remise par M. Nepveu, chef du laboratoire, a confirmé le diagnostic :

« La tumeur de la lèvre inférieure, pla é dans l'alcool absolu fut examinée le lendemain. On vit alors sur les coupes colorées au picrocarminate qu'on avait affaire, comme l'œil nu le faisait prévoir, à une lésion primitive des glandules labiales.

« Ces glandules étaient notablement agrandies, leurs culs-de-sac étaient bourrés d'épithéliums. Ces épithéliums, fortement augmentés de volume, n'avaient pas l'apect délicat et régulier des cellules glandulaires normales. Elles tendaient à prendre la forme polygonale, à perdre leur protoplasme et se rapprocher des épithéliums de revêtement. En quelques points, ces caractères étaient très nets et la constitution de globes épidermiques donne bien une idée des transformations qui s'étaient opérées dans leur texture. Le long des conduits glandulaires, tout autour des culs-de-sac, dont la forme était encore assez bien conservée, on distinguait une foule de jeunes cellules dont le volume, la forme épithélioïde, faisaient rapidement deviner la nature. Cet envahissement épithélial se faisait régulièrement dans quelques points, et l'aspect de longs boyaux, gonflés de cellules permettait de croire que les radicules lympathiques se trouvaient envahies. Dans divers points, on retrouvait des sphères épithéliales, mais constituées par des cellules absolument semblables, sauf le volume, aux cellules épidermiques. On avait donc affaire à un épithéliome des glandes labiales.

Les mêmes lésions se retrouvent absolument dans la petite tumeur extirpée à la tempe; les lésions sont bien plus délicates, moins étendues, moins profondes, mais sont exactement la miniature des précédentes. Toutes les lésions ici représentent d'une façon typique ce que M. Verneuil a depuis longtemps décrit sous le titre d'adénome sudoripare. »

Mais les glandes sudoripares peuvent aussi donner naissance à l'épithéliome lobulé, avec ou sans globes épidermiques, ou à l'épithéliome à la fois tubulé et lobulé. Citons ici ce que dit Demouchy dans sa thèse à propos de son Observation II, qui se rapporte à un cancroïde en chou-fleur du scotum, datant d'un an : « Il est évident, d'après cette observation, que les glandes sudoripares ont donné naissance, par la prolifération de leurs cellules, à des traînées formées également de petites cellules épithéliales. Ces traînées augmentent peu à peu de volume, bourgeonnent dans tous les sens et s'anastomosent entre elles. Les cellules qui les composent s'accroissent ensuite et suivent la marche ordinaire de de l'évolution de l'épiderme. En outre, ces cellules affectent des dispositions concentriques et forment des globules qui renferment des globes cornés ou muqueux. »

L'observation suivante nous montre que l'épithéliome sudoripare peut être un épithéliome lobulé et trabeculé, à globes épidermiques nets.

Pilliet et Perraire. — *Bulletin de la Société anatomique, mai 1898*

Epithélioma de la face à marche très lente, par MM. Pilliet chef du laboratoire clinique chirurgicale de la charité, et Guillain, interne du service.

L'observation nous montre un malade, de 48 ans, cultivateur, qui présentait à l'angle interne de l'œil droit une petite excroissance, enlevée par M. Tillaux, à l'époque où le malade avait 30 ans. Six mois après, deuxième opération, avec grattage du maxillaire supérieure et de l'unguis. Pendant 10 ans, le malade se fit enlever plusieurs fois la petite tumeur qui récidivait sur place, et qui atteignit successivement la paupière supé-

rieure droite et l'œil lui-même ; ce qui nécessita l'ablation de la paupière et l'énucléation de l'œil. Enfin le 29 avril 1898, M. Tillaux l'opère une dernière fois, et la tumeur est examinée par M. le docteur Pilliet.

« Les coupes de cette tumeur, dit-il, présentent un aspect tout à fait curieux et qui surprend tout d'abord, car on s'attend à trouver comme dans la plupart de ces épithéliomes à marche lente une tumeur en nappe ou en masses plus ou moins épaisses, développée aux dépens du corps muqueux de malpighi. Il n'en est rien ; les différents fragments examinés ont partout montré une texture et une structure identiques. »

A un faible grossissement, le néoplasme est composé par des gonflements de lobules ovalaires, plus ou moins volumineux, enchassés dans des bandes assez étroites de tissu conjonctivo-vasculaire sans caractères spéciaux...

a) Dans la zône périphérique d'un de ces lobules, des papilles conjonctives extrêmement grêles partent du stroma de la tumeur. Elles sont peu vasculaires, plutôt charpentes que papilles, et montent dans l'intérieur du lobe qu'elles cloisonnent d'un réseau fin à mailles très larges. Entre ces tiges conjonctives sont des dépressions que remplissent des cellules épithéliales polyédriques, disposées sur plusieurs rangs, ressemblant à celles du corps de Malpighi, bien qu'on ne leur aperçoive pas de filaments d'union distincts, ce qui tient sans doute à la technique (alcool absolu et montage au baume). Au milieu de ces cellules, on voit de temps en temps un globe épidermique petit dont les cellules écailleuses sont entièrement aplaties et serrées, sauf celles du centre qui sont pour la plupart renflées et contiennent les masses de chromatine signalées par les auteurs, et interprétées si diversement pendant ces dernières années.

b) Dans la zône moyenne, les mêmes cellules se continuent le long des tigelles conjonctives... Elles constituent de véritables trabécules très grêles, assez éloignées les unes des autres, longues, anastomosées entre elles, et présentant tantôt dans

leur épaisseur, tantôt et surtout aux points d'anastomose, des globes épidermiques de tout petit volume, composés de très peu de cellules en apparence... D'autres cellules disposées en travées sont recouvertes par le tissu conjonctif des trabécules ; et l'on s'aperçoit en les examinant qu'elles se sont propagées dans les capillaires sanguins dont l'endothélium à leur contact devient plus volumineux et semble prendre leur type sous l'influence d'une véritable action de présence, car on retrouve les mêmes variétés de cellules, distinctes à chaque extrémité d'une trabécule, confondues au centre.

c) Dans le centre des lobules, le réseau conjonctif et les travées se réduisent encore, au point de disparaître en grande partie. Celles qui subsistent contiennent des globes épidermiques très volumineux, à centre kératinisé, sans que les cellules actives des travées soient augmentées de nombre autour d'eux.

Le stroma de la tumeur est purement conjonctif.

En résumé, au point de vue histologique, cette tumeur nous présente un type rare ; celui d'un épithélioma à globes épidermiques nets, et dont la texture est celle d'une tumeur lobulée et trabéculée. Cette apparence a droit de nous frapper ; et pour l'expliquer nous proposons l'hypothèse suivante :

Il s'agit pour nous d'un épithéliome primitivement développé dans une glande sudoripare. En effet, la disposition trabéculaire de l'épithélioma cutané peut s'observer dans certaines formes embryonnaires d'épithéliome malpighien ; mais jamais on n'observe de groupements en lobules. Quoique la conception de l'épithéliome sudoripare ait été beaucoup trop étendue par Verneuil, il n'en est pas moins vrai que ce type de tumeur de la face, longtemps bénin, se rencontre souvent. Cette origine

expliquerait la disposition lobulée de la tumeur et ses trabécules. Il nous faut admettre de plus que les cellules sudoripares ont évolué au bout d'uu certain temps vers le type malpighien d'où elles sont originairement dérivées, et se sont mises à produire des globes épidermiques comme l'épithéliome malpighien adulte.

Ainsi s'expliquerait la structure de cette tumeur, et sa marche lente, car épithéliomes sudoripares et épithéliomes malpighiens de la face sont deux variétés de tumeurs malignes à marche très lente et nous trouvons réunis dans notre pièce des caractères commnns aux deux.

Au point de vue clinique, il est intéressant de constater la très lente évolution de ce cancer qui dure depuis 20 ans et qui a déjà été opéré 9 fois sans que le malade présente d'adénopathie ni de symptômes généraux.

Enfin l'épithélioma des glandes sudoripares peut évoluer jusqu'au stade carcinome, ainsi que l'indique l'observation suivante.

Gazette médicale de Paris. — VERCHÈRE 31 janvier 1885.

De quelques variétés rares de tumeurs malignes. — Cancer des glandes sudoripares : Opération. — Récidive. — Généralisation. — Mort.

M... Mina, lingère, 42 ans, entre à la Pitié, salle Lisfranc, n° 12, le 24 novembre 1884.

Elle est amaigrie, pâle et atteinte de cachexie avancée. Les jambes sont œdematiées, principalement la gauche, qui est gonflée et douloureuse à la pression sur le trajet de la veine crurale. Le ventre est volumineux, distendu ; à sa surface se dessinent en lignes bleuâtres des veines nombreuses indiquant une circulation collatérale très marquée. A la percussion,

matité absolue dans les flancs et au-dessus du pubis; sur la partie moyenne, sonorité exagérée, s'étendant jusqu'à l'épigastre; il y a donc ascite considérale.

A la palpation, on sent manifestement le bord tranchant du foie qui dépasse de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes. En haut, il remonte peu. La matité hépatique sur la ligne axillaire est de 10 à 11 centimètres. Malgré le peu d'augmentation du foie et de l'absence d'irrégularité à sa surface, l'ascite et la circulation collatérale exagérée démontrent que la glande hépatique est atteinte et qu'il existe des troubles dans la circulation abdominale.

Du côté du thorax, matité remontant en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate, égophonie à la partie supérieure, absence de murmure vésiculaire en bas, disparition des vibrations thoraciques, point de côté forçant la malade à se coucher sur le côté gauche, dyspnée considérable; donc épanchement pleural du côté droit. L'auscultation du poumon gauche ne donne aucun signe important.

La malade urine seulement 230 c. c. en 24 heures; diminution considérable de l'urée, 7 gr. 25 par jour; traces d'albumine, dues probablement à de nombreux leucocytes. Appétit nul. Depuis quelques jours, vomissements; diarrhée alternant avec la constipation. Langue vernissée, d'un rouge vif sur les bords et à la base, plaques de muguet.

La lésion initiale a débuté il y a peut-être huit ou dix ans, mais l'aggravation ne date que d'un an et demi.

Il y eut d'abord à la région lombaire une petite tumeur roulant sous la peau, présentant à sa surface une petite croûte noire qui, arrachée de temps en temps, se reproduisait toujours : néanmoins l'état général restait excellent.

Rien de particulier dans ses antécédents. — Lorsque la malade entra dans le service de M. Delens, la tumeur des lombes avait augmenté très rapidement en quelques mois et pris les dimensions du poing. Les ganglions externes du triangle de Scarpa étaient envahis.

Au mois d'avril dernier, ablation totale de la tumeur et des ganglions envahis.

La réunion par première intention fut tentée pour la tumeur inguinale et le pansement à plat adopté pour la tumeur lombaire : la peau à ce niveau était envahie et il fallut faire une large perte de substance sans possibilité de conserver des lambeaux.

La malade resta trois mois à l'hôpital. La plaie du dos n'était pas cicatrisée complètement lorsqu'elle sortit. La plaie de l'aine était fermée.

Deux mois après la sortie, nouvelle ulcération au niveau de l'ancienne cicatrice, supportée par une tumeur dure, bosselée, en même temps récidive dans les ganglions de l'aine.

Au moment de l'entrée à la Pitié, la tumeur de la région lombaire est large transversalement de 7 à 8 centimètres et haute de 4 à 5. La peau fait partie de la tumeur; elle est épaissie, violacée, formant une véritable cuirasse analogue aux plaques superficielles que l'on rencontre dans certaines tumeurs du sein. Au centre se trouve l'ulcération creuse, infundibuliforme; les bords sont végétants, renversés; le fond est couvert d'ichor sanieux.

Au niveau du pli de l'aine, les ganglions transversaux forment une masse dure qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque. Cette masse est irrégulière, bosselée, la peau est adhérente et amincie en certains points : vers la partie moyenne du pli de l'aine, en dedans de la cicatrice de l'opération ancienne se trouve une ulcération cancéreuse, grande à peu près comme une pièce de cinq francs.

La gravité de l'état général ne permet pas même d'espérer une amélioration. Les douleurs sont calmées par des injections de morphine. Un vésicatoire est appliqué au niveau de la partie inférieure du thorax à droite.

La malade meurt asphyxiée, cachectique au dernier degré, le 2 décembre.

L'autopsie est pratiquée le lendemain. Les pièces ont été

présentées à la Société anatomique par M. Métaxas, interne du service.

Epanchement sérieux considérable dans le péritoine, complètement envahi par le cancer. L'épiploon forme un gâteau dur, épais; le péritoine du petit bassin, le péritoine sous-diaphragmique sont couverts de noyaux cancéreux.

Le foie est farci de noyaux cancéreux.

Envahissement analogue du poumon et de la plèvre. Les reins sont sains, très anémiés.

La tumeur lombaire ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané. En certains points, on trouve de petits points noirâtres, pouvant simuler la mélanose, mais qui sont des foyers hémorrhagiques interstitiels.

Il en existe d'analogues dans la tumeur ganglionnaire.

Des morceaux de la tumeur pris surtout à la circonférence sont remis à M. Nepveu qui nous donne la note suivante :

« Examen d'un fragment pris sur la tumeur récidivée : Les coupes ont été colorées au picro-carminate. L'examen a été fait au point de vue du stroma et du contenu des alvéoles.

Les cellules contenues dans ces dernières sont en général polygonales et peu granuleuses, plus ou moins irrégulières : elles ont nettement les caractères d'un épithélium atypique.

Le siège primitif sous-cutané de la tumeur, la forme, les caractères des cellules nous conduisent à penser qu'il s'agit d'un carcinome ayant comme point de départ les glandes sudoripares. »

Cet examen explique les débuts de l'affection, la lenteur de l'évolution, l'état stationnaire prolongé de la petite tumeur, enfin, à un moment donné, la marche rapide qui entraîna la mort de la malade.

Les cancers primitifs à la peau sont rares, comme dans tous les tissus dépourvus d'épithélium.

A quelle affection avions-nous affaire? quel avait été le début de celle-ci ?

On ne pouvait admettre un épithélioma à marche lente. L'épithélioma ne se généralise pas.

On ne pouvait davantage songer à une tumeur fibro-plastique qui engorge rarement les ganglions et ne se généralise qu'exceptionnellement après une première opération.

C'est l'examen histologique qui a tranché la question et permis de reconnaître le point de départ de l'affection.

Le cancer a débuté non pas par la peau elle-même, mais par les glandes de celle-ci, et nous avons eu affaire à un cancer des glandes sudoripares.

La tumeur présentait les alvéoles du carcinome, mais les cellules contenues dans ces alvéoles étaient les petites cellules polygonales délicates des acinis sudoripares. Lorsque la paroi de ceux-ci a été détruite, que la pénétration dans les parties voisines a pu se faire, que l'extension n'a plus été entravée par la paroi des glandules, la marche est devenue rapide : pendant toute la période qui a précédé cette marche rapide, la petite tumeur roulant sous la peau est restée stationnaire, a conservé toutes les apparences d'une tumeur bénigne, et l'on sait que cette longue durée est un des caractères de l'épithélioma sudoripare.

En résumé, il n'y a pas un type unique d'épithéliome sudoripare, ayant une structure histologique toujours la même. Les observations que nous avons citées démontrent que les épithéliomes qui prennent leur point de départ dans les glandes sudoripares peuvent affecter la forme d'épithéliome tubulé, lobulé avec ou sans globes épidermiques ou mixtes.

Quant à la forme de tumeur décrite par Darier sous le nom d'Epithéliome infiltré ou diffus[1] des glandes sudo-

(1) *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique 1889.*

ripares, nous en dirons peu de chose, n'ayant rien trouvé dans la littérature médicale qui puisse s'y rapporter. Nous nous contenterons de mentionner les considérations assez longues dont il fait suivre son article.

« Il s'agit, en somme, de ce cas de tumeurs épithéliales extrêmement multiples, douloureuses, développées avec une grande rapidité dans la couche profonde de la peau, et cela manifestement aux dépens des glomérules sudoripares. A la suite d'une prolifération intraglandulaire, les éléments de ces tumeurs infiltrent bientôt les espaces intercanaliculaires des glomérules, procèdent de là dans les mailles du tissu conjonctif, infiltrent les globules adipeux et fusent le long des vaisseaux et des nerfs. Le néoplasme n'a qu'une faible tendance à gagner les régions superficielles de la peau, d'où absence d'ulcération, et, dans ce cas, il ne provoque aucun bourgeonnement du revêtement épidémique ou des follicules pilo-sébacés, lesquels sont au contraire, atrophiés. Les cellules épithéliales infiltrées isolément ou en petits groupes, subissent fréquemment la dégénérescence muqueuse ; leur présence provoque parfois une réaction du tissu conjonctif qui se manifeste par de la sclérose. Ces tumeurs méritent le nom d'*Épithéliomes diffus mulliples des glandes sudoripares*.

Il n'existe dans la littérature médicale, à ma connaissance au moins, aucun cas semblable à celui-ci, par la multiplicité, l'évolution rapide et la structure des tumeurs cutanées. De longues recherches sur ce sujet ne m'ont fait découvrir que deux publications se rapportant à des

tumeurs analogues, par certains côtés seulement, à celles que j'ai observées.

M. Malherbe, de Nantes, dans une note de son article déjà cité, fait allusion à un cancroïde de la région temporale, enlevé par M. Raingeard, dont l'origine a été attribuée aux glandes sudoripares et dont la structure était la suivante :

Il s'agit d'un épithéliome diffus, espèce qui ressemble beaucoup au carcinome, mais qui en diffère parce que les cellules sont beaucoup plus adhérentes à la trame et ne se laissent pas facilement chasser par le pinceau. Microscopiquement, ce genre de tumeur ne se distingue pas des autres cancroïdes de la face. Dans l'épithéliome diffus que nous avons sous les yeux, les cellules épithéliales ne sont disposées, ni en lobules ni en masses plus ou moins arrondies comme dans l'épithéliome tubulé. Elles infiltrent toute la trame dont on ne distingue que quelques éléments sous forme de fibres connectives bien colorées par le carmin. Le pinceau ne chasse que très difficilement les cellules, et la trame n'est pas nettement alvéolaire. Les cellules sont analogues à celle de l'épithéliome tubulé. Elles possèdent un gros noyau ovoïde assez fortement colorable par le carmin, entouré d'une faible quantité de protoplasme délicat et fragile. Le noyau limité par un bord bien net comprend un ou plusieurs nucléoles refringents. Cette variété de l'épithéliome, que nous appelons épithéliome diffus, nous paraît devoir être rapprochée de l'épithéliome tubulé.

D'autre part, Creighton a observé chez le chien trois tumeurs, dont l'origine doit être manifestement rapportée

aux glandes sudoripares. Voici en quoi consistait la lésion : à son premier degré elle était constituée uniquement par une dilatation des tubes glandulaires avec multiplication intracanaliculaire des cellules épithéliales, dont un certain nombre était en dégénérescence colloïde. Dans un second degré, on trouvait une certaine quantité de cellules identiques aux précédentes en dehors des tubes dans les mailles du tissu conjonctif voisin. Les nombreuses figures des deux planches qui accompagnent ce mémoire, ne permettent aucun doute sur la nature épithéliale de ces cellules infiltrées. L'auteur émet l'idée, au moins singulière, que cette infection résulterait d'un catarrhe extracaniculaire, les cellules néoformées étant éliminées à travers la membrane propre de la glande au lieu d'être déversées au dehors par les voies naturelles. Puis surviendrait le troisième degré, caractérisé par la transformation, conforme à la théorie de Virchow et de Rindfleisch, des cellules conjonctives au contact des cellules épithéliales ; le désordre fonctionnel aurait ainsi donné lieu à une néoplasie cancéreuse. Si on laisse de côté ces interprétations pour ne s'attacher qu'aux faits, on trouve dans la description des tumeurs de Creighton des détails suffisants pour voir qu'il a eu manifestement affaire à des épitheliomes diffus des glandes sudoripares. »

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs d'origine sudoripare sont très variées, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

2° Elles se présentent ordinairement sous deux formes, forme kystique et forme adéno-épithéliomateuse.

3° La forme kystique peut être disséminée ou circonscrite ; elle se transforme rarement.

4° La forme adéno-épithéliomateuse renferme tous les états intermédiaires entre la glande normale et l'épithélioma type, en passant par ce qu'on est convenu d'appeler adénome.

5° L'épithélioma proprement dit d'origine sudoripare est généralement un épithélioma tubulé, mais il peut être aussi un épithélioma lobulé avec ou sans globes épidermiques ; et même il peut évoluer jusqu'au stade carcinome.

Vu : le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

L. Bernard. — Du syringo-cystadénome. *Thèse*, Paris 1897.

Chambard. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1880, page 727.

Chandelux. — Des tubercules sous-cutanés douloureux. *Archives de physiologie*, tome xiv, 1882.

Chenantais. — Epithélioma calcifié, *Thèse* de 1881, nº 388.

Christot. — *Gazette hebdomadaire*, 1866, page 310.

Cornil. — *Journal de l'Anatomie*, 1865, pages 256 et 476.

Cornil et Ranvier. — *Journal de l'Anatomie*, 1866, page 271. — *Manuel d'histologie pathologique*, 2e édition.

Darier. — *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, 1er mars 1889.

Demouchy. — De l'épithéliome pavimenteux, *Thèse* de Paris 1887.

Dictionnaire Dechambre.

Domec. — Contribution à l'étude clinique des polyadénomes sudoripares à forme maligne, *Gazette hebdomadaire*, nº 37, 1880.

Duval Mathias. — *Précis d'histologie*.

Fabre-Domergue. — Les cancers épithéliaux, 1898.

Furher. — *Deutsche Klinik*, 1851.

Gambier. — Contribution à l'étude des tumeurs cutanées d'origine sudoripare, *Thèse*, Paris 1878.

Hénocque et Souchon. — *Gazette hebdomadaire*, 1866

Heurteaux. — *Journal médical de l'Ouest*, 1885.

Jacquet et Darier. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1887 : Hydradénomes éruptifs.

Jourdan. — De l'adénome sudoripare, *Thèse*, Paris 1872.
Liéneaux. — *Annales de médecine vétérinaire*, avril 1898.
Malherbe. — Epithélioma calcifié, *Archives générales de médecine*, 1885.
Molinier. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1866.
Ovion. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, janvier 1879.
Pilliet. — *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1898.
Rigaud. — De l'épithéliome disséminé, *Thèse*, Paris 1878.
Thiersch. — Das Epithelialkrebs, Leipsik 1865.
Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.
Waldeyer. — *Archives de Virchow*, 1867 et 1872.
Verneuil. — *Société de biologie*, 1854. *Bulletin de la Société anatomique*, 1857. *Gazette hebdomadaire*, 1857. *Gazette médicale de Paris*, 1885.
